



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e suporte de Ventilação Não Invasiva – Adesão ao regime terapêutico

Cristiana da Mota Pinheiro



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Cristiana da Mota Pinheiro

A pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e suporte de Ventilação Não Invasiva – Adesão ao regime terapêutico

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Salete Soares

Professora Doutora Maria José Fonseca

Abril de 2020

Escola Superior de Saúde

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) caracteriza-se por uma obstrução brônquica persistente e geralmente progressiva, associada a uma resposta inflamatória crónica do pulmão e das vias aéreas, muitas vezes secundária a um agente externo. É a doença respiratória crónica mais comum a nível mundial, e estima-se que em Portugal cerca de 14% da população acima dos 40 anos tenham DPOC. Atualmente a VNI surge como um procedimento *standard* no tratamento de pessoas com reagudizações da DPOC, observando-se uma evidente melhoria clínica nas situações de reagudizações, bem como uma diminuição da necessidade de intubação traqueal, complicações, mortalidade, internamento hospital e, ainda, no custo económico da hospitalização.

O objetivo geral do presente estudo consiste em perceber quais os fatores principais que interferem na adesão terapêutica das pessoas com DPOC a efetuar VNI domiciliária, tendo como finalidade desocultar a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidar destas pessoas, que se traduzirá em ganhos em saúde e maximização da sua qualidade de vida. Para tal, foi efetuado um estudo qualitativo de carácter exploratório e descritivo com recurso à entrevista semiestruturada a nove participantes seguidos em consulta de Pneumologia de um Hospital Central da Zona Norte. Adicionalmente, foram recolhidos dados do processo clínico, nomeadamente, a taxa de adesão. A análise dos dados foi efetuada recorrendo à codificação segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lúcio (2013).

Os resultados obtidos permitem concluir que, de uma maneira geral todos participantes apresentam algum tipo de constrangimento referente à utilização da VNI, nomeadamente, congestão nasal, secura das mucosas, úlcera de pressão no nariz, distensão gástrica, conjuntivite, entre outras. Relativamente à adesão à utilização de VNI, todos os participantes afirmaram que cumpriam, contrastando com dados médicos cuja média rondava os 88%. De notar que nenhum participante se encontrava a realizar qualquer tipo de programa de reabilitação respiratória. Verificou-se que a maioria dos participantes apresentam dificuldades e constrangimentos relacionados com a utilização da VNI, condicionando a sua total adesão ao tratamento estabelecido, levando a perdas em saúde e qualidade de vida. Estes resultados sugerem a necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação nas pessoas com DPOC com VNI.

Palavras-chave: DPOC, VNI, Enfermagem de Reabilitação e Adesão Terapêutica.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is characterized by a persistent and generally progressive bronchial obstruction, associated with a chronic inflammatory response of the lung and airways, often secondary to an external agent. It is the most common chronic respiratory disease worldwide, and it is estimated that about 14% of the Portuguese population over 40 years old is affected by the disease. Currently, NIV (Non Invasive Ventilation) emerges as a standard procedure in the treatment of people with COPD re-emergencies showing an evident clinical improvement, as well as a decrease in the need for a tracheal intubation, other complications, mortality, hospitalization and also in the hospitalization economic cost.

The main objective of the present study is to understand which are the main factors that influences the therapeutic adherence of people with COPD that are performing home NIV. The goal is to highlight the important intervention and role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in caring for these people, which will translate into health gains and maximizing their quality of life. Therefore, an exploratory and descriptive type of qualitative study was carried out through a semi-structured interview with nine participants that are being followed in a Pulmonology consultation at a Central Hospital in the North of Portugal. In this study, data such as the adherence rate was gathered to later cross-check with the data collected in the interviews. The data analysis was performed using coding according to Hernández Sampieri, Fernández Collado and Baptista Lúcio (2013).

The obtained results indicate that, in general, all participants show some kind of constraints regarding the use of NIV, namely nasal congestion, dryness of mucous membranes, pressure ulcer in the nose, gastric distension, a set, among others. Regarding VNI use adherence, all of the participants mentioned that were complied with the therapeutic plan, contrary to the 88% of adherence obtained from the medical data. It is important to highlight that none of the participants were performing any type of respiratory rehabilitation program. It was observed that most of the participants showed difficulties and constraints related to the use of NIV, which conditions their total adherence to the established treatment, leading to losses in health and quality of life. The obtained results suggest an important need of intervention of rehabilitation nursing for people with COPD.

Keywords: COPD, NIV, Nursing in Rehabilitation, Adherence Therapeutics.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Professora Doutora Salete Soares e à Professora Doutora Maria José Fonseca, pela orientação e apoio, pela atenção e disponibilidade, pelo encorajamento à conclusão desta dissertação, que muitas vezes esteve em causa, o meu muito obrigado.

Agradeço ainda à Escola Superior de Saúde do Instituto Superior de Viana do Castelo por me acolher nestes últimos anos, e me ter proporcionado as melhores condições para que eu conseguisse concluir este capítulo da minha vida profissional com sucesso.

Aos utentes e profissionais de saúde onde se realizou este estudo, que amavelmente se disponibilizaram a colaborar neste estudo e sem os quais não teria sido possível a sua concretização.

Às minhas amigas: Carla, Lara, Margarida e Maria João, parceiras neste percurso, pelos fantásticos momentos que passamos juntas, muitas vezes árduo e difícil, mas que no final tudo compensou.

À minha família e amigos em geral por todo o apoio incondicional, compreensão e incentivo e de uma forma particular à minha irmã Marisa, que acompanhou os meus momentos mais difíceis e de alegria, pelo alento e apoio incondicional.

Por último, mas não menos importantes, ao meu marido e filhos: Carlos, Rodrigo e Matilde, pela força e incentivo na concretização deste projeto, pelos momentos em que ficaram privados da minha atenção e convívio. Vocês são a minha vida.

OBRIGADA

PENSAMENTO

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	v
PENSAMENTO.....	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE QUADROS.....	x
SIGLAS E ACRÓNIMOS	xi
ABREVIATURAS	xii
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.....	17
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: O ESTADO DA ARTE	17
1.1 Viver com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	18
1.2 Adesão à Ventilação Não Invasiva na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	24
1.3 A Reabilitação Respiratória na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva.....	37
1.4 Cuidar na doença crónica.....	44
CAPÍTULO II.....	50
OPÇÕES METODOLÓGICAS	50
2.1 Finalidade e Objetivos	51
2.2 Tipo de estudo.....	52
2.3 Contexto e participantes do estudo	52
2.4 Instrumento e procedimentos de colheita de dados.....	53
2.5 Procedimento de tratamento e análise de dados.....	56
2.6 Considerações éticas	58
CAPÍTULO III.....	60
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	61

3.2	Análise e discussão dos resultados	66
3.2.1	Conhecimento sobre a DPOC	67
3.2.2	Implicações da DPOC nas necessidades humanas básicas	70
3.2.3	Tratamento com a Ventilação Não Invasiva	74
3.2.4	Programa de reabilitação respiratória associada à patologia	79
CONCLUSÃO		84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		88
APÊNDICES		97
APÊNDICE 1	GUIÃO DA ENTREVISTA.....	98
APÊNDICE 2	CONSENTIMENTO INFORMADO	101
APÊNDICE 3	MATRIZ FINAL DA ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo fisiopatológico da DPOC e implicações na qualidade de vida.	19
Figura 2 - Associação entre sintomas, classificação espirométrica e risco de exacerbações..	23
Figura 3 - Adesão à VNI relacionando as dificuldades/benefícios na perspetiva do doente e familiar cuidador.	34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Regras de análise de categorias.....	57
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.	61
Quadro 3 - Caraterização clínica dos participantes.....	63
Quadro 4 - Dados clínicos dos participantes.....	65
Quadro 5 - Matriz de análise.....	66
Quadro 6 - Conhecimento sobre a DPOC (Síntese).	67
Quadro 7 - Implicações da DPOC nas necessidades humanas (Síntese).....	70
Quadro 8 - Aspetos relacionados ao tratamento com a VNI (Síntese).	75
Quadro 9 - Programas de reabilitação respiratória associado à patologia (Síntese).	79

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CAT	COPD <i>Assessment Test</i>
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGS	Direção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
mMRC	Modified British Medical Research Council
NHB	Necessidade Humana Básica
NIV	Non Invasive Ventilation
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONDR	Organização Nacional das Doenças Respiratórias
PRR	Programa de Reabilitação Respiratória
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
VNI	Ventilação Não Invasiva

ABREVIATURAS

CO ₂	Dióxido de carbono
et al.	<i>Et alii</i> (e outros)
FEV ₁	Volume expiratório máximo no 1º segundo
h	Hora
L	Litro
min	Minuto
mmHg	Milímetros de mercúrio
n.º	Número
O ₂	Oxigénio
p.	Página
PaCO ₂	Pressão arterial de dióxido de carbono
PaO ₂	Pressão arterial de oxigénio
Vol.	Volume

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) caracteriza-se por uma obstrução brônquica persistente e geralmente progressiva, associada a uma resposta inflamatória crónica do pulmão e das vias aéreas, grande parte das vezes secundária a uma agressão externa (tabaco, gases ou partículas nocivas). É a doença respiratória crónica mais comum a nível mundial, com uma prevalência estimada de 7,6% a 8,4% da população adulta, considerada atualmente a quarta causa de morte a nível mundial (Araújo, 2016).

Em Portugal, segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) a prevalência de DPOC auto-reportada foi de cerca de 6%. No entanto, estima-se que cerca de 14% da população acima dos 40 anos tenham DPOC (Marinho, Lopes e Góis, 2017). Contudo, no ano de 2017 verificou-se um aumento significativo de registos passando de 54.660 para 136.958 as pessoas diagnosticadas com DPOC (Santos [et al.], 2018).

No que concerne aos programas de reabilitação, segundo a ONDR estima-se que menos de 2% das pessoas com indicação para reabilitação respiratória tenham acesso a esses programas (Marinho, Lopes e Góis, 2017).

Uma vez que a DPOC é uma doença crónica e tratável, a consciencialização da pessoa para a doença e a sua responsabilização pela adesão terapêutica ao tratamento, desempenha um papel fulcral para o controlo da mesma permitindo um atraso no declínio da função pulmonar e um aumento na qualidade de vida. O tratamento da doença estável deve ser adequado à gravidade e tem por objetivos: aliviar os sintomas, melhorar a capacidade de exercício, melhorar o estado de saúde, prevenir a progressão da doença, prevenir e tratar complicações e exacerbações, e reduzir a mortalidade (Portugal, 2019).

A Direção Geral da Saúde (DGS) emanou a norma Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto, onde reforça que deve ser efetuada educação para a saúde às pessoas com DPOC e/ou representante legal e/ou cuidador com enfoque em vários aspetos como a promoção da atividade física, sintomas sugestivos de exacerbação/agudização da DPOC, prevenção e controlo do tabagismo, incluindo proteção da exposição ao fumo ambiental e promoção de cessação tabágica, assim como, da adesão ao plano terapêutico. Esta mesma norma acrescenta ainda que em todas as consultas as pessoas e/ou o representante legal devem ser informados sobre a situação clínica e esclarecidos sobre as suas dúvidas, incluindo os benefícios e efeitos secundários da abordagem diagnóstica e terapêutica (Portugal, 2019).

Atualmente observa-se um crescimento mundial dos cuidados de saúde baseados em valores, tornando-se essencialmente este modelo num desafio comportamental. Ou seja, procura-se uma constante melhoria dos resultados de saúde pelo mesmo ou menor custos, exigindo no entanto significativas mudanças de comportamentos por parte das partes interessadas em todo o sistema de saúde (Larsson e Tollman, 2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), segundo o Regulamento 392/2019 instrui e treina técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação da pessoa doente e pessoas significativas, no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados, proporcionando-lhe melhoria de funções; manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida; capacitação no autocontrolo da doença; minimização do impacto das incapacidades instaladas; a reintegração na família e na comunidade; o direito à dignidade e a melhoria da qualidade de vida. Hesbeen (2003) considera que embora a reabilitação provenha de saberes e técnicas, é no espírito de atenção e ação dirigidas à pessoa, no reconhecer da sua singularidade que encontra a sua energia inesgotável. O mesmo autor considera, ainda, que os Enfermeiros de Reabilitação têm uma vasta e fértil visão, uma vez que o seu olhar não se prende aos limites, por vezes muito restrito, daquilo que o corpo ou as características da pessoa deixam ver.

A Enfermagem de Reabilitação constitui assim uma área de intervenção que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde, contudo torna-se prioridade a sua monitorização assim como a produção de indicadores sensíveis a esta especialidade (Regulamento nº 350, 2015). A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) emanou um documento onde determina quais as áreas prioritárias a investigar na enfermagem de reabilitação, surgindo as intervenções autónomas do EEER na função respiratória como uma necessidade emergente.

Nesse sentido, e após abordagens de peritos na área da Enfermagem de Reabilitação, surge a necessidade em abordar a problemática da pessoa com DPOC a efetuar Ventilação Não Invasiva (VNI). Para tal, foram identificadas várias necessidades no acompanhamento destas pessoas a realizar o tratamento no domicílio. Salientamos que a principal perceção dos profissionais relativamente a esta problemática subsiste ao nível de adesão destas pessoas ao regime terapêutico (VNI), assim como das dificuldades e dúvidas sentidas por estas aquando da realização desta técnica.

Este estudo tem como objetivo geral conhecer os principais fatores que interferem na adesão terapêutica das pessoas com DPOC à VNI realizada no domicílio, e como finalidade desocultar a importância da intervenção do EEER no cuidar destas pessoas, que se traduzirá em ganhos em saúde e maximização da sua qualidade de vida. Partimos para esta investigação com a seguinte questão: Quais os fatores que interferem na adesão terapêutica à VNI na Pessoa com DPOC?

Optamos por um estudo qualitativo, procurando a perspetiva dos participantes, sobre o fenómeno pesquisado, aprofundando as suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados.

Esta dissertação é composta por três capítulos. No primeiro capítulo é efetuada um enquadramento teórico sobre as questões em estudo, nomeadamente, o estado da arte da DPOC, a VNI na pessoa com DPOC e a adesão terapêutica da pessoa a este tratamento, a reabilitação na pessoa com DPOC e por último, uma breve abordagem sobre o cuidar na doença crónica. No segundo capítulo apresenta-se as opções metodológicas deste trabalho, iniciando com a problemática e os objetivos, bem como a natureza do estudo, o seu contexto e participantes, o procedimento de recolha de dados e sua análise e por fim as considerações éticas. No último capítulo são apresentados, analisados e discutidos os resultados. Esta dissertação termina com as conclusões emanadas do estudo, assim como as suas limitações, referindo a importância e as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação neste âmbito.

CAPÍTULO I

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: O ESTADO DA ARTE

1.1 Viver com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

De acordo com a última revisão da iniciativa GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), a DPOC passou a definir-se como uma doença comum, prevenível e tratável. Esta caracteriza-se por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo de ar, resultante de alterações pulmonares e/ou das vias aéreas, causadas pela exposição significativa a partículas ou gases nocivos (Decker [et al.], 2019).

A DPOC é considerada uma patologia crónica que resulta de danos causados aos pulmões ao longo dos anos, geralmente associado ao tabagismo crónico, sendo esta uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo gerando elevados custos em recursos de saúde (Menoita e Cordeiro, 2012). Segundo Örnek, [et al.] (2012), a prevalência de DPOC deverá aumentar rapidamente num futuro próximo devido à persistência de fatores de risco e mudanças nas características da idade da população mundial. De destacar que em 1990, a DPOC foi a 6ª causa de morte mais comum em todo o mundo, no entanto, é suposto que em 2020 esta passe a ocupar a 3ª posição.

Segundo o Plano Nacional das Doenças Respiratórias (PNDR) (Portugal, 2013a p. 8),

“a prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica, em ambos os géneros. Tem uma fraca expressão (cerca de 2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, sendo de 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos. Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2%.”

Para além da elevada morbilidade e dos elevados custos económicos, diretos e indiretos, a DPOC resulta principalmente numa elevada taxa de mortalidade, sendo as agudizações a sua principal causa. As agudizações estão na origem da recorrência frequente das pessoas ao hospital, dos internamentos e reinternamentos e contribuem para uma elevada mortalidade intra-hospitalar após a alta (Araújo, 2016). Segundo a DGS, as exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, ao declínio acelerado da função respiratória e ao aumento da mortalidade (Portugal, 2013b).

De acordo com a DGS a mortalidade padronizada por DPOC apresenta um decréscimo de 13,2% em 2016, relativamente ao ano de 2017 para uma faixa etária acima dos 70 anos. A mortalidade padronizada abaixo dos 70 anos é baixa, permanecendo estável quando comparada com os valores de 2017. Relativamente ao género, a taxa de mortalidade no sexo masculino é cerca de três vezes superior ao sexo feminino (Portugal, 2018).

A DPOC surge da combinação da doença das pequenas vias aéreas e a destruição do parênquima pulmonar (enfisema). Geralmente ocorre um processo inflamatório como

resposta do sistema respiratório a agentes irritantes e nocivos como o tabaco (Menoita e Cordeiro, 2012). Esta patologia é considerada de elevada gravidade por se tratar de alterações pulmonares e extrapulmonares. Manifesta-se primariamente na função pulmonar onde, inicialmente, as pequenas vias aéreas reagem aos processos inflamatórios tornando-se mais espessas causando processos fibróticos, o que leva a um encerramento precoce das vias aéreas durante a expiração, limitando assim o fluxo aéreo expiratório, não sendo completamente reversível. Com esta limitação as pequenas vias aéreas remodelam-se e reparam as suas paredes, tornando-se espessadas e fibróticas, diminuindo mais a capacidades de permanecerem abertas durante a expiração devido ao seu colapso. Isto resulta numa maior resistência das mesmas e inevitavelmente a um aumento do tempo expiratório. Verifica-se ainda alteração na mecânica diafragmática devido a hiperinsuflação pulmonar, ou seja, uma descida das hemicúpulas, levando a uma redução crónica da zona de oposição do diafragma. O parênquima pulmonar também sofre alterações importantes, como destruição dos septos alveolares e diminuição da elasticidade alveolar, contribuindo também para a limitação do fluxo expiratório (Menoita e Cordeiro, 2012).

No que concerne às alterações extrapulmonares, são várias e abrangem vários sistemas, nomeadamente doenças cardiovasculares, síndromes metabólicas, osteoporose, perda de peso, disfunção músculo-esquelética levando a um impacto grande na qualidade de vida da pessoa com DPOC (Menoita e Cordeiro, 2012) (Figura 1).

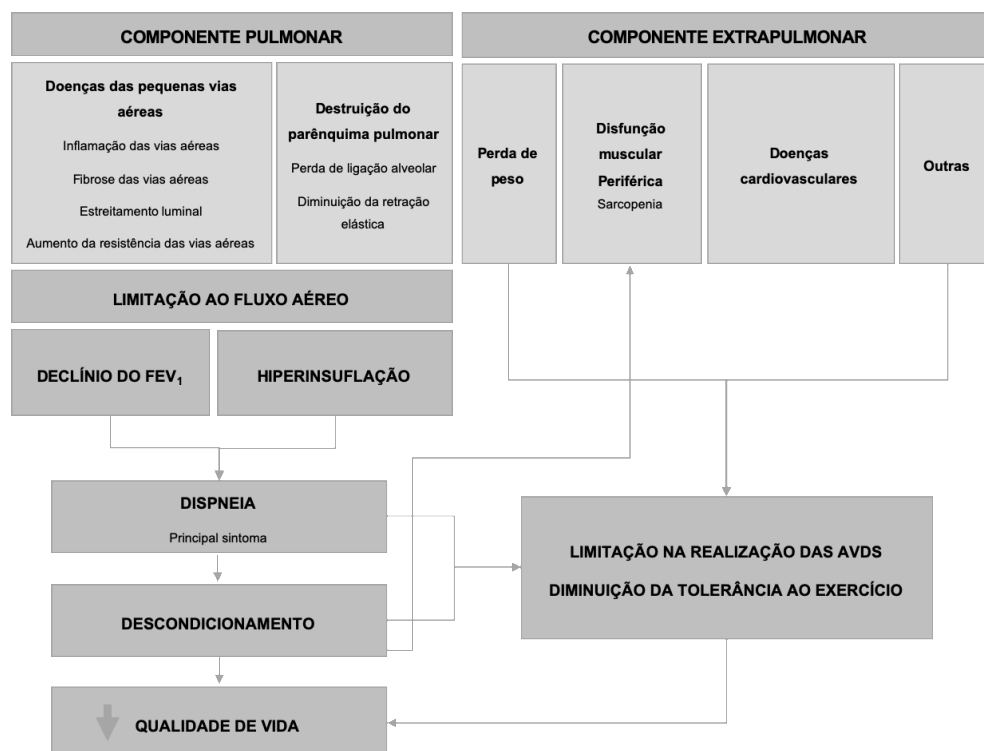


Figura 1 - Processo fisiopatológico da DPOC e implicações na qualidade de vida (Adaptado de Menoita e Cordeiro, 2012).

Este esquema permite demonstrar de uma forma sucinta e resumida a relação entre os vários sistemas afetados pela DPOC, os componentes pulmonares e os componentes extrapulmonares, e a forma como estes afetam a vida da pessoa. Permite perceber a forma como ocorre o declínio físico da pessoa, efeito “boneco de neve” e como todas as disfunções acarretam implicações na vida da pessoa. Segundo Melo (2017) a DPOC acarreta uma série de impactos físicos sendo estes determinados pelos sintomas desencadeados na pessoa. Ou seja, mediante o resultado das limitações incitadas pelos sintomas, a pessoa reduz o nível de atividade, evitando a mobilização, agravando-se a dispneia e a condição física. As exacerbações são também responsáveis pela acentuação da dispneia, resultando o esforço exigido para respirar numa perda de capacidade muscular.

Assim, é evidente que esta patologia acarreta um variado conjunto de impactos na pessoa, inicialmente físicos, tornando-se posteriormente em impactos funcionais, económicos, psicológicos e sociais.

Portanto, o controlo e tratamento da DPOC torna-se fundamental e indispensável, pois permite, não só a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, como uma maior racionalização dos elevados custos envolvidos.

A etiologia da DPOC é multifatorial, no entanto, o tabagismo foi reconhecido mundialmente como o principal fator de risco, sendo que a idade com que inicia o consumo, o número de maços de tabaco e o nível de consumo de tabaco, são elementos que influenciarão o prognóstico. Segundo Menoita e Cordeiro (2012) o tabagismo é o fator de risco isolado de maior importância (condiciona 80 a 90% de risco de desenvolvimento de DPOC) e o mais suscetível de prevenção. A poluição urbana poderá também contribuir para o desenvolvimento de DPOC, assim como a poluição doméstica resultante de alguns sistemas de aquecimento ou sistemas usados para confeção culinária a partir de combustíveis sólidos e sempre que não haja ventilação adequada. Outra forma de exposição a partículas é a exposição ocupacional, aumentando assim a prevalência de obstrução crónica das vias aéreas, provocando taxas mais elevadas de declínio do volume expiratório máximo no 1º segundo, aumentando por sua vez a mortalidade por DPOC. O risco de desenvolver a doença aumenta, se houver exposição combinada ao fumo de tabaco.

As infeções respiratórias, nomeadamente por adenovírus poderão também ter um papel mais relevante em países menos desenvolvidos ou com cobertura deficiente de cuidados de saúde primários, particularmente nos primeiros anos de vida. A deficiência severa de 1-antitripsina relaciona-se com o aparecimento prematuro de enfisema, muitas vezes

acompanhado de bronquite crónica ou bronquiectasias, o que pode condicionar o aparecimento da doença, sendo a única alteração genética conhecida que condiciona o aparecimento da doença, e a mais frequente nos caucasianos e os seus efeitos são acelerados pelo fumo de tabaco. Outros fatores têm sido implicados como fatores de risco de DPOC, como por exemplo: alguns de ordem ambiental (hábitos etílicos pesados, deficiência de vitamina C na dieta) e outros relativos ao hospedeiro, nomeadamente baixo peso neonatal, atopia, história familiar, défice de secreção de IgA, Grupo sanguíneo A.

Ainda segundo a GOLD o envelhecimento e o sexo feminino aumentam o risco de desenvolver DPOC e afirma ainda que existem fortes evidências de que os fatores socioeconómicos também poderão estar relacionados com o surgimento da doença, pois indivíduos provenientes de estratos sociais mais baixos têm maior risco de desenvolver a doença (Decker [et al.], 2019).

No que concerne ao diagnóstico desta patologia, este é efetuado com base nos sintomas da pessoa doente, na história de exposição a fatores de risco, no exame físico, na espirometria e em outros dados adicionais, como a radiografia ao tórax, a avaliação da oxigenação e a auscultação pulmonar (Menoita e Cordeiro, 2012). Os principais sintomas da DPOC são a dispneia, a tosse crónica e a expetoração (Decker [et al.], 2019). A dispneia é sem dúvida o sintoma mais evidente e o que mais compromete a qualidade de vida destas pessoas.

O diagnóstico clínico da DPOC deverá ser considerado em qualquer indivíduo que apresente dispneia, tosse, expetoração e/ou história de exposição a fatores de risco. Contudo, estes elementos não são suficientes para o estabelecimento do diagnóstico sendo a espirometria o método mais eficaz para confirmar, de forma definitiva e objetiva, a presença de limitação de fluxo aéreo e assim o diagnóstico de DPOC (Portugal, 2013b). A espirometria é um exame obrigatório quando existe suspeita de DPOC e o mais credível e objetivo na deteção da limitação do fluxo aéreo. É um exame não invasivo que está prontamente disponível em várias unidades de saúde. Contudo, não deverá ser utilizado como único teste de diagnóstico, devendo ser utilizado em conjunto com outros dados clínicos (Decker [et al.], 2019).

Na pessoa com DPOC a classificação da gravidade, segundo a GOLD, tem em consideração, não apenas os valores da espirometria, mas também outros aspetos importantes uma vez que se trata de uma doença com componente pulmonar e extrapulmonar. Assim, atualmente, uma correta avaliação da gravidade da doença tem em consideração: a) a avaliação dos sintomas, b) a avaliação da gravidade da limitação do

fluxo aéreo através da espirometria, c) a avaliação da frequência das exacerbações e d) a avaliação da presença de comorbilidades (Decker [et al.], 2019).

Relativamente à avaliação dos sintomas, a GOLD recomenda a utilização de duas escalas: a escala de avaliação de dispneia “Modified British Medical Research Council (mMRC)”, uma vez que esta é o principal sintoma desta patologia, e a escala de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test - CAT), que avalia o impacto da DPOC na vida da pessoa (Decker [et al.], 2019).

Quanto à classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo através da espirometria, com base nos valores de FEV_1 (volume de ar expirado no primeiro segundo) pós-broncodilatador, a GOLD divide as pessoas doentes por quatro grupos distintos, desde GOLD 1 até GOLD 4, correspondendo a ligeira até muito grave, respetivamente.

Assim, na GOLD 1 verifica-se uma $FEV_1 \geq 80\%$, na GOLD 2 a FEV_1 é superior ou igual a 50% e inferior a 80%, na GOLD 3 ou grave a FEV_1 esta entre 30% a 50% e na GOLD 4 ou muito grave a FEV_1 é inferior a 30% (Decker [et al.], 2019).

No que concerne à avaliação da frequência das exacerbações, e define-se exacerbação como um “agravamento dos sintomas respiratórios para além dos que sente normalmente e que implica alterações da medicação” (GOLD citado por Menoita e Cordeiro, 2012, p. 264) existem dois métodos para avaliar o risco:

a) a espirometria, que relaciona a limitação do fluxo aéreo com a prevalência de exacerbações, ou seja, à medida que aumenta a limitação do fluxo aéreo, aumenta também a prevalência de exacerbações e o risco de morte. Neste método, as classes GOLD 1 e 2 representam baixo risco de exacerbações, enquanto o GOLD 3 e 4 representam alto risco de exacerbações;

b) a avaliação do risco de exacerbações pelo número de exacerbações no último ano registada na história individual. Como resultado, surge a classificando de baixo risco, caso o doente apresente entre 0 e 1 exacerbação no último ano e alto risco se houver história de 2 ou mais exacerbações por ano.

Relativamente às comorbilidades associadas à DPOC, estas podem ocorrer independentemente do estágio em que se encontra a pessoa, seja ele ligeiro ou muito grave, e independentemente do número de exacerbações. Assim a DGS através da GOLD, desenvolveu uma abordagem integrada para a avaliação da gravidade. Esta abordagem integrada inclui todas as avaliações que foram explanadas anteriormente, através de um esquema de simples aplicação em que agrupa as pessoas doentes em 4 grupos, grupo A, B, C e D (Portugal, 2013b).

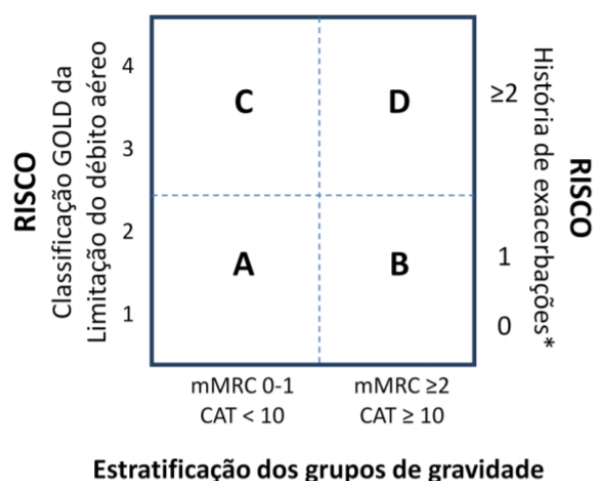


Figura 2 - Associação entre sintomas, classificação espirométrica e risco de exacerbações (Adaptado da DGS Norma nº 028/2011, atualizada a 10/09/2013).

Após uma correta avaliação da gravidade da DPOC, é necessário que seja estabelecido um tratamento correto para a doença que garanta uma diminuição dos sintomas, diminuição das exacerbações e atraso no declínio da função pulmonar. Segundo a DGS, o tratamento da doença estável deve ser adequado à gravidade e tem por objetivos: 1) aliviar os sintomas; 2) prevenir a progressão da doença; 3) melhorar a capacidade de exercício; 4) prevenir e tratar complicações e exacerbações; e 5) reduzir a mortalidade (Portugal, 2013b).

Os broncodilatadores embora com alguma limitação na reversibilidade da obstrução das vias aéreas, são cruciais para a redução dos sintomas (Menoita e Cordeiro, 2012). Existem vários tipos de broncodilatadores comumente, nomeadamente os anticolinérgicos; os agonistas β adrenérgicos de curta duração; os agonistas β adrenérgicos de longa duração e as metilxantinas. Segundo a DGS a combinação de broncodilatadores de diferentes classes farmacológicas pode melhorar a eficácia e ter menos efeitos adversos (Portugal, 2013b).

A utilização de anti-inflamatórios é também uma opção válida para o tratamento da DPOC, uma vez que se está perante um processo inflamatório crónico nas pequenas vias aéreas, sendo os corticosteróides os mais adequados e mais potentes para a sua redução dessa inflamação.

A imunização é também recomendada, visto grande parte das exacerbações serem de origem infecciosa. Segundo a DGS todas as pessoas com DPOC devem fazer, anualmente, vacina da gripe, sendo a vacina pneumocócica igualmente recomendada (Portugal, 2013b).

Segundo a DGS, em estádios mais avançados da doença ou exacerbações frequentes é recomendado a utilização de oxigénio de longa duração assim como a VNI. Esta última deve ser efetuada nos episódios agudos onde coexista pelo menos uma das seguintes situações: a) acidose respiratória; e b) dispneia grave com sinais clínicos sugestivos de fadiga muscular respiratória, nomeadamente, a utilização de músculos respiratórios acessórios, movimento paradoxal do abdómen ou retração dos espaços intercostais (Portugal, 2013b).

1.2 Adesão à Ventilação Não Invasiva na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A utilização da VNI remonta à década de 30 durante epidemia de poliomielite, em que se administrava às pessoas doentes uma pressão negativa, provocada pela pressão subatmosférica externa ao tórax que simulava a inspiração e expiração. Ao longo dos anos vão surgindo os aparelhos mecânicos que fornecem pressão através de máscaras, surgindo a VNI por pressão positiva por volta dos anos 40 que vai tirando lugar à ventilação por pressão negativa (Sousa e Duque, 2012). A DPOC em fase de agudização surge como principal indicação para a realização da VNI nos anos 80,

A VNI corresponde à aplicação de suporte ventilatório através de máscara ou de outra interface sem recurso a via aérea artificial invasiva, nomeadamente tubo endotraqueal ou de traqueostomia (Correia [et al.], 2013). Também, Sousa e Duque (2012, p. 212) referem que a VNI é “o apoio ventilatório fornecido através de uma interface não invasiva, como máscara nasal, máscara facial”. Ou seja, consiste num aparelho de ventilação através vias aéreas superiores usando uma máscara ou um equipamento similar, deixando para trás métodos invasivos.

Esta tem vindo a assumir um papel importante nas últimas décadas, especialmente a ventilação por pressão positiva, sendo a opção mais utilizada em ambiente hospitalar e no domicílio. De uma maneira geral a VNI pode ser utilizada em variadas situações agudas intra-hospitalares e em situações crónicas no domicílio e tendo em conta os avanços tecnológicos e as vantagens associadas a este tipo de tratamento, fazem desta uma referência para o tratamento de doenças agudas e crónicas, pois permite, em vários casos de patologia respiratória, manter trocas gasosas em níveis funcionais, facilitar a ventilação alveolar, diminuir o trabalho respiratório, diminuir a dispneia, entre outros (Silva [et al.], 2010b).

Os principais objetivos da VNI são: i) melhorar as trocas gasosas pulmonares; ii) reverter a hipoxémia; iii) diminuir a acidose respiratória aguda; iv) aliviar o desconforto respiratório;

iii) reverter a fadiga dos músculos respiratórios; iv) alterar as relações pressão-volume; v) prevenir e reverter atelectasias; vi) melhorar a *compliance*; vii) evitar possíveis lesões e complicações; e viii) permitir restabelecimento das vias aéreas e pulmão (Ambrosino, citado por Sousa e Duque, 2012). Como tal, a principal finalidade da VNI é a interação com os componentes da caixa torácica de modo a proporcionar sincronia da interface da pessoa com o ventilador, minimizando a dispneia (Sousa e Duque, 2012).

As vantagens da VNI apoiam-se no facto de que preservando a ventilação espontânea se evitam as complicações associadas à entubação endotraqueal e se minimiza a lesão pulmonar provocada pela ventilação mecânica e a infeção (João, Gomes e Rocha, 2011).

Segundo Ambrosino, citado por Sousa e Duque (2012), as principais vantagens da VNI são: i) a aplicação intermitente da ventilação; ii) a não necessidade de intubação endotraqueal; iii) o uso de diferentes modalidades de ventilação; iv) a deglutição, alimentação e fala sem alterações; v) aquecimento do ar e humidificação de modo fisiológico; vi) tosse fisiológica e desmame mais fácil. De uma maneira geral, torna-se evidente que a facilidade de aplicação e remoção da máscara e o respeito pelo ciclo respiratório da pessoa se traduz num maior conforto para a mesma.

Das desvantagens da VNI destaca-se a correção mais lenta das trocas gasosas, a necessidade de um maior número de profissionais junto da pessoa aquando da sua implementação, problemas relacionados com as interfaces (fugas e inadaptação) e as dificuldades no acesso às vias aéreas inferiores (Sousa e Duque, 2012). Numa situação crónica e estável a correção lenta das trocas gasosa fica salvaguardada pelo uso frequente, geralmente noturno, da VNI.

Segundo Esquinas Rodríguez (2011) as complicações da VNI são pouco frequentes e facilmente controláveis, podendo ser agrupadas em: lesões cutâneas associadas ao uso de máscara facial ou nasal por períodos prolongados, com predomínio a nível do nariz (20-34%); digestivas como distensão gástrica, náuseas e vómitos; conjuntivite e *rash* acneiforme, secundárias ao impacto do jato de ar que sai através da máscara e a instabilidade hemodinâmica (pouco frequente).

Ferreira [et al.] (2009) acrescenta mais alguns efeitos adversos, nomeadamente: i) congestão nasal; ii) secura das mucosas; iii) e vi) fugas e pneumonia de aspiração. Contudo, estas raramente são indicativos de suspensão do tratamento.

Para Esquinas Rodríguez (2011) os principais fracassos da VNI consistem na intolerância à máscara, no mau controlo de fugas, no índice de gravidade elevado e no grau de deteriorização das trocas gasosa.

As contraindicações da VNI segundo Ferreira [et al.] (2009) são várias, nomeadamente, a paragem cardiorrespiratória, a encefalopatia grave, a hemorragia gastrointestinal grave, a instabilidade hemodinâmica, sendo a contraindicação mais comum a necessidade de intubação imediata.

Relativamente aos modos ventilatórios, existe uma variada gama de ventiladores e de modos ventilatórios na VNI, organizados por: 1) ventiladores de cuidados intensivos para VNI; 2) ventiladores domiciliários Bi-level ou BiPAP; ventiladores domiciliários CPAP ou auto CPAP; e ainda 3) ventiladores domiciliários que integram totalmente os modos de ventilação pressumétrica e volumétrica (Sousa e Duque, 2012). A ventilação fornecida pelos aparelhos de VNI é regulada por pressão ou por volume. Frequentemente são mais utilizados em VNI os ventiladores regulados por pressão, uma vez que apresentam um menor custo, maior capacidade para compensação de fugas, são portáteis e melhor tolerados pelas pessoas, podendo ainda serem adaptados a situações agudas ou crónicas. Podem ser aplicados nas modalidades “Assistida” (a pessoa desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes), “Assistida/Controlada” (a pessoa desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes), ou “Controlada” (o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios) (Ferreira [et al.], 2009).

Para além da escolha do tipo de ventilador, do modo ventilatório e a sua correta programação, a escolha da interface adequada é um aspeto crucial para a maximização dos resultados. Atualmente são várias as interfaces disponíveis no mercado, com variadíssimos tamanhos, materiais e modelos, sendo que o fator chave para a sua escolha deverá passar pela adaptação e tolerância da pessoa.

O sucesso da VNI poderá passar por uma seleção adequada da interface, pois esta permite alcançar um maior grau de tolerância, a estabilização das fugas e um maior número de horas de tratamento. A importância da máscara é um fator decisivo uma vez que é uma variável independente associada ao resultado. A sua escolha passa por optar por materiais confortáveis, flexíveis e leves e nos períodos de tratamento prolongados deve-se considerar a alternância de interfaces (Esquinas Rodríguez, 2011).

Segundo Gonçalves (2011) os cinco tipos de interfaces disponíveis para a aplicação da VNI mais frequentes são: a máscara nasal, a máscara oronasal, a máscara facial total, a almofada nasal e capacete e ainda os bucais. Para o mesmo autor, a escolha da interface está relacionada com vários fatores, nomeadamente, o tipo de insuficiência respiratória (aguda ou crónica, hipoxémica/hipercápnica), a condição da pessoa, a sua tolerância à interface (tendo em conta a morfologia da face e do crânio, grau de colaboração, tipo de

pele e eventuais alergias cutâneas, presença de lesões e posição de dormir) e o tipo de ventilador (circuito único ou duplo e software de compensação de fugas).

As máscaras mais utilizadas em insuficiência respiratória aguda são as oronasais, uma vez que permitem uma correção das trocas gasosa mais rápida, no entanto, tem como principais desvantagens o desconforto e aperto, a sensação de claustrofobia, um maior risco de aspiração de vômito, maior dificuldade em comunicar e alimentar e um maior risco de desenvolver úlcera de pressão (Gonçalves, 2011).

Atualmente, a máscara facial total tem vindo a ganhar terreno, sendo uma alternativa viável em pessoas com lesões cutâneas faciais, em pessoas pouco adaptados às máscaras descritas anteriormente, por dor ou lesões cutâneas resultantes da sua utilização. Esta, ao reduzir a pressão na face, previne o aparecimento de úlceras de pressão, melhora o desconforto e impede fugas difíceis de gerir em torno da boca e nariz. A irritação ocular, o menor risco de eliminação de CO₂ e mais espaço morto são as principais desvantagens desta interface (Gonçalves, 2011).

Considerando que a intolerância à interface é a maior causa de falência da VNI, antes de a iniciar, a interface deve ser corretamente dimensionada para se adaptar à face da pessoa, sendo sempre esta a adaptar-se à pessoa e nunca o contrário. São necessários uma série de cuidados a ter em consideração neste processo, nomeadamente os cuidados de higiene com a respetiva máscara, assim como a pele nas zonas de contacto. Deverá efetuar-se uma hidratação correta, onde os pensos hidrocolóides e de poliuretano são uma mais-valia neste campo, assim como na limitação das fugas. O desconforto ocular devera ser prevenido com a aplicação de lágrimas artificiais assim como a aplicação de pensos oculares frios e húmidos. As lavagens nasais frequentes com soro fisiológico e aplicação de esteroides e anti-histamínicos nasais ajudaram na redução da congestão nasal (Gonçalves, 2011).

Contudo o sucesso da VNI exige a colaboração da pessoa neste procedimento, para tal torna-se fulcral demonstrar a importância da sua colaboração, promover a confiança e sensação de segurança, e sempre que possível envolver a família para potencializar esta adaptação.

A DPOC tem como principal característica funcional a limitação dos fluxos expiratórios resultantes do processo inflamatório crónico que atinge as vias aéreas, o parênquima e circulação pulmonares. Estas alterações estruturais refletem-se funcionalmente no equilíbrio entre a ventilação e a perfusão alveolar, levando frequentemente a uma hipoxémia e hipercapnia (Camara, Nóbrega e Maul, 2011). A VNI na DPOC surge assim com o objetivo de correção das alterações dos gases (CO₂ e O₂) no sangue assim como a

diminuição do trabalho respiratório, a sincronia respiratória e o conforto das pessoas. Para Ferreira [et al.], (2009), a VNI na DPOC permite ainda a diminuição da auto-PEEP (*Positive Expiratory End Pressure*), onde nestes casos os valores são elevados. Esta surge no contexto da DPOC como uma nova modalidade de tratamento, capaz de trazer melhorias no estado de saúde e melhoria da qualidade de vida (Morais e Queirós, 2013).

Atualmente a VNI surge como um procedimento *standard* no tratamento de pessoas com reagudizações da DPOC, observando-se uma evidente melhoria clínica nas situações de reagudizações moderadas ou graves, bem como uma diminuição da necessidade de intubação traqueal, complicações, mortalidade, internamento hospital e, ainda, no custo económico da hospitalização (Brenes, Sesé e Soto, 2011).

Segundo a DGS (Portugal, 2015, p. 3):

“Na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) a VNI é ponderada nos doentes que, apesar de uma oxigenoterapia de longa duração bem conduzida (quando para além do cumprimento de mais de 15h diárias de oxigenoterapia, incluindo o período noturno, o doente deixou de fumar, cumpre a terapêutica inalada e é seguido em programas de reabilitação respiratória), evoluam para uma de duas situações: a) $\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mmHg}$; b) PaCO_2 entre 50 e 54 mmHg, numa das seguintes circunstâncias: dessaturação noturna ($\text{SpO}_2 < 88\%$ durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O_2 a 2 L/min) ou mais que duas exacerbações agudas por ano acompanhadas de acidose respiratória com necessidade de VNI.”

A mesma fonte refere que pelo menos em algumas pessoas, a VNI melhora a qualidade de vida e diminui o número de internamentos. O aumento da sobrevida passa pela forma de ventilar, nomeadamente pela utilização de pressões inspiratórias mais elevadas.

De acordo com Prado (2008), a pessoa com doença crónica e com VNI mostra menos risco de exacerbações agudas e, conseqüentemente, menos internamentos, melhor capacidade de resposta a exacerbações e melhoria da qualidade de vida.

Segundo Ankjærgaard [et al.] (2016), embora estudos anteriores de ventilação não invasiva a longo prazo tenham demonstrado resultados inconclusivos, os autores acreditam que o tratamento possa reduzir a mortalidade e as readmissões quando aplicado em pessoas com necessidade anterior de suporte ventilatório agudo, independentemente da hipercapnia persistente. Estes referem, ainda, que exacerbações anteriores da DPOC preveem novas exacerbações e que admissões anteriores devido a exacerbações preveem novas admissões e morte. Nesse sentido, acreditam que juntamente com a sua experiência de VNI a longo prazo para DPOC, esta pode reduzir a mortalidade e impedir a repetição da falência respiratória por hipercapnia, independentemente de a pessoa persistentemente ter hipercapnia após o tratamento agudo da VNI.

A importância da VNI no domicílio tem aumentado devido a fatores como a difícil gestão de camas hospitalares, controlo de orçamentos hospitalares, acesso a tecnologia de fácil manuseamento por parte da pessoa e familiares e aumento de doenças crónicas respiratórias como a DPOC. Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de pessoas com ventilação domiciliária, em parte decorrente da constatação de que a maior parte das pessoas com insuficiência respiratória necessitavam exclusivamente de ventilação noturna (Gonçalves e Pinto, citado por Saraiva [et al.] 2014).

Contudo, devido ao facto de uma grande percentagem das pessoas com DPOC se encontrarem numa faixa etária elevada, que quando associada a uma taxa de analfabetismo elevada, o nível de adesão e o uso correto do tratamento fica condicionado. Nesse sentido, o papel do enfermeiro ganha uma importância acrescida, permitindo colmatar as dúvidas relacionadas com o manuseamento e adaptação à VNI, bem como o incentivo à adesão ao regime terapêutico.

Kornusky e Schub (2017) afirmam que a VNI é muitas vezes solicitada e adequada como tratamento para pessoas doentes com exacerbações graves e hipoventilação noturna, uma vez que ajuda a prevenir novas exacerbações e tudo o que delas poderá resultar. Sendo, portanto, consensual a utilização da VNI no controlo da doença crónica respiratória.

Contudo a sua taxa de adesão tem vindo a ser discutida por inúmeros autores, havendo, no entanto, diferenças entre eles, podendo esta diferença estar relacionada com os diferentes contextos sociais e com as diferentes modalidades de VNI (Silva [et al.], 2010b).

Segundo Anne e Constance, citado por Silva [et al.] (2010b) a taxa de adesão à VNI ronda os 60 a 80%. Segundo Kornusky e Schub (2017) a iniciação da VNI falha em aproximadamente 10% das pessoas, e a adesão a longo prazo à VNI não é o ideal, levando esta inadaptação e consequentemente não adesão da pessoa à VNI a consequências clínicas e sociais graves, nomeadamente as agudizações (Carvalho [et al.], 2011).

Coelho [et al.] (2017) referem que a adesão à terapêutica é um fator crucial na gestão eficaz da doença, principalmente quando se fala em doenças crónicas. Esta é determinante na efetividade de um tratamento, podendo uma fraca adesão interferir com os esforços terapêuticos, redução dos benefícios clínicos, promovendo a utilização de mais meios de diagnóstico e tratamentos desnecessários.

Para Dias [et al.] (2011) e Coelho [et al.] (2017) as pessoas portadoras de uma patologia crónica são as que menos aderem à terapêutica, estimando-se que apenas 50% destes, nos países desenvolvidos, cumprem o tratamento ajustado com o profissional e saúde condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade, estimando-

se ainda que nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento a taxa de adesão seja ainda menor.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2017, p. 56) adesão é uma

“Ação iniciada pela própria pessoa para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação, seguindo as orientações sem se desviar e estando devotada a um quadro de ações ou comportamentos. Em concordância com o regime terapêutico, toma os medicamentos como orientado, muda comportamentos para melhor, apresenta sinais de melhora, busca os medicamentos na data devida e demonstra internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde, assim como da obediência às instruções relativas ao tratamento. (A adesão é frequentemente associada a apoio familiar e de outros significativos, conhecimento sobre medicamentos e processo de doença, motivação pessoal ou relacionamento com profissional de saúde).”

A OMS citada por Morais e Queirós (2013, p. 8) define a adesão como “o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, em relação à toma de medicamentos, ao comprimento da dieta, à alteração de hábitos ou estilos de vida, correspondem às instruções veiculadas por um profissional de saúde”.

Segundo Coelho [et al.] (2017, p. 262) a adesão à terapêutica

“refere-se ao processo pelo qual os doentes tomam os medicamentos de acordo com uma prescrição/recomendação médica, integrando três componentes distintas entre si: iniciação (também descrita na literatura como adesão primária), implementação e descontinuação.”

O termo adesão surge como alternativa ao termo *compliance*, cada vez menos utilizado, sugerindo assim uma diminuição do poder do prescritor na decisão do tratamento, tornando o papel da pessoa mais ativo e o estabelecimento de uma cooperação entre o prescritor e a pessoa desde o início do processo (Coelho [et al.], 2017). A adesão terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crônicas pelo impacto que estas causam na população em geral e custos de saúde.

Para Coelho [et al.] (2017), a adesão terapêutica é um processo dinâmico, sendo influenciado por inúmeros fatores em diferentes momentos temporais, sendo que os fatores que influenciam a decisão de iniciar um tratamento não são necessariamente os mesmos que determinam a sua descontinuidade.

Dias [et al.] (2011) considera que a não adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema de etiologia multifatorial. Os problemas de adesão verificam-se em todas as situações em que é necessária uma autoadministração do tratamento, independentemente

da doença, qualidade/acessibilidade dos recursos de saúde. Contudo, a pessoa não poderá ser considerada como o único responsável pela não adesão, uma vez que existem inúmeros fatores que afetam o comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento.

A OMS, citado por Dias [et al.] (2011) agrupa os vários fatores que poderão influenciar o nível de adesão ao regime terapêutico em cinco grupos: i) os fatores sociais, económicos e culturais, destacando-se essencialmente o nível de escolaridade; ii) a situação profissional; iii) as condições habitacionais; iv) os apoios sociais; v) a distância ao local dos tratamentos; e ainda vi) as crenças culturais e as desigualdades sociais. Contudo, Machado, citado por Dias [et al.] (2011) acrescenta a este grupo os fatores sociodemográficos como a idade, o sexo e o estado civil. Mesmo não havendo consenso relativamente à variável idade, sabe-se que o avançar desta afeta a cognição da pessoa, e consequentemente o nível de adesão terapêutica. De entre os fatores mencionado, os mesmos autores consideram ainda que o baixo nível sociodemográfico e o baixo grau de escolaridade demonstram influenciar negativamente o nível de adesão.

Outro grupo de fatores que influenciam a adesão dizem respeito aos relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, evidenciando-se o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de participação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento das pessoas face aos cuidados e tratamento no domicílio, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico, os recursos técnicos e humanos disponíveis nos serviços. Vasconcelos [et al.], citado por Dias [et al.] (2011) conclui que cerca de 28% das pessoas não cumprem com a prescrição médica devido aos custos e ainda à falta de conhecimentos.

Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades parecem também contribuir para a taxa de adesão terapêutica. Em detalhe: a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o impacto da doença na vida da pessoa, o grau de risco que a pessoa atribui à doença e o facto de ser uma doença aguda ou crónica são alguns dos exemplos. Dias [et al.] (2011) estima que aproximadamente 80% das pessoas com doença crónica não demonstram uma adesão eficaz ao regime terapêutico.

Fatores relacionados com o tratamento também demonstram influenciar a adesão, nomeadamente, a sua complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes, a ausência imediata de melhoria de sintomas e os efeitos secundários da medicação.

Os conhecimentos, os recursos psicológicos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a situações de doença quer anteriores quer à atual e as expectativas da própria pessoa, englobam-se no grupo de fatores relacionados com a pessoa doente que pode

afetar a adesão. Estão ainda incluídas neste grupo a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico assim como a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos. Dias [et al.] (2011) considera que os fatores anteriormente explanados são agrupados em fatores externos, fatores relacionais e fatores internos à pessoa. Sendo que os primeiros se referem ao acesso à medicação, às características da doença e ao regime terapêutico, estando demonstrado que quanto maior for o número de medicamentos ou tratamentos, menor será a adesão. Relativamente aos fatores relacionais, é de salientar a relação entre o profissional de saúde e a pessoa e a importância dos apoios sociais, concluindo-se em vários estudos, que quanto mais elevados são os apoios e quanto melhor for a qualidade da relação profissional de saúde-pessoa doente, melhor serão os resultados ao nível da adesão. No que respeita aos fatores internos salienta-se os fatores psicológicos, locus de controlo, crenças relativas à saúde e características sociodemográficas.

A OMS citada por Araújo (2016) define ainda que a não adesão terapêutica é um fator de grande insucesso e um problema comum a vários tipos de situações clínicas. Uma vez que a DPOC é uma doença crónica, a cronicidade é um fator, desde há muito conhecido pela sua redução na adesão à terapêutica. O aparecimento de uma doença crónica na sua maioria das vezes implica uma alteração dos hábitos de vida, havendo ainda a necessidade de recorrer a métodos terapêuticos diferentes que muitas vezes também condicionam esses mesmos hábitos, sendo que muitas vezes a pessoa não consegue integrar essas mudanças no seu dia-a-dia, resultando em risco para a sua saúde (Dias [et al.], 2011).

De acordo com Bryant [et al.] (2013), existem dois padrões de comportamento para a não adesão: a intencional e a não intencional. A não adesão intencional é a submissão do tratamento ou redução do seu uso durante os períodos de remissão dos sintomas, muitas vezes resultante de erros de compreensão sobre a doença e dos objetivos de tratamento. A não intencional verifica-se quando as pessoas doentes não seguem os tratamentos por razões que muitas vezes estão fora do seu controle e frequentemente relacionadas com deficiências cognitivas, barreiras linguísticas e incapacidades. Segundo este autor, no caso da DPOC a polimedicação, regimes complexos de tratamentos, visão prejudicada, alterações esqueléticas, altas taxas de depressão e falta de consciência e compreensão da natureza da doença, demonstram alterar negativamente a adesão ao tratamento.

Para Kornusky e Schub (2017), a adesão da pessoa com DPOC ao regime de tratamento prescrito é necessária para adiar a progressão da doença, reduzir as exacerbações e melhorar a qualidade de vida, levando a não adesão a um conjunto de complicações e consequências negativas. Para os mesmos autores a não adesão passa por questões de atitudes e crenças da pessoa em relação à doença e ao seu tratamento, conhecimento

sobre a doença, presença de comorbilidades, fatores específicos da pessoa, fatores relacionados com regime de tratamento prescrito e fatores do profissional de cuidados de saúde. Os mesmos autores afirmam também que a comunicação ineficiente do prestador de cuidados de saúde, a falta de acompanhamento de visitas domiciliárias e o acompanhamento em programas de reabilitação respiratória, também influenciam negativamente a adesão.

Segundo Morais e Queirós (2013), as principais dificuldades sentidas pelas pessoas com DPOC que realizam VNI domiciliária, que poderão levar à não adesão, são essencialmente, o desconforto causado pela máscara, os ruídos do ventilador, a intolerância à máscara e ao ventilador e a falta de conhecimentos.

Para os mesmos autores os principais benefícios do uso de VNI domiciliária está relacionada com a perceção da melhoria de saúde e bem-estar, redução da dispneia e fadiga, no aumento de força, na melhoria do sono e qualidade de vida. Assim, se a pessoa perceber estes benefícios e melhorias clínicas, o seu nível de adesão será mais elevado e mais eficaz. Afirmando esta ideia está Kornusky e Schub (2017), que afirmam que as pessoas aderem mais facilmente ao regime de tratamento prescrito se acreditarem que a adesão irá melhorar o controlo da doença e que da não adesão podem advir resultados nefastos.

Bryant [et al.] (2013) após uma revisão da literatura conclui que uma adequada adesão ao tratamento nas pessoas com DPOC é fundamental para otimizar os seus resultados, sugerindo ainda que, tal como em outras doenças crónicas, a solução poderá passar por um envolvimento mais próximo entre as pessoas doentes e os profissionais de saúde.

Neste sentido, Morais e Queirós (2013) defendem que o papel do enfermeiro é fulcral para que exista uma melhor implementação da VNI, não só através dos ensinamentos, instruções e treino como na adaptação à máscara e ao ventilador. Referem ainda, que os enfermeiros devem conceder grande importância ao significado e crenças que as pessoas e famílias associam à doença e tratamentos, para atingirem um nível de adesão mais elevado, devendo considerar negociações terapêuticas e reestruturações familiares para uma melhor implementação e manutenção da VNI domiciliária. O apoio social recebido e uma vida familiar estável com cuidadores são apontados como fatores para uma maior adesão da pessoa.

Para Morais e Queirós (2013) torna-se imprescindível conhecer os obstáculos e as principais dificuldades, as medidas de superação, as estratégias implementadas, os principais intervenientes e os recursos utilizados para que a adesão à VNI seja um sucesso.

Os mesmos autores elaboraram uma representação que reflete a adesão à VNI tendo em consideração as dificuldades e os benefícios na perspetiva da pessoa e do cuidador após a realização de um estudo com um grupo composto por 16 participantes a fazerem oxigenoterapia de longa duração e VNI no domicílio. Este estudo contou ainda com a participação de 9 cuidadores familiares (Figura 3).

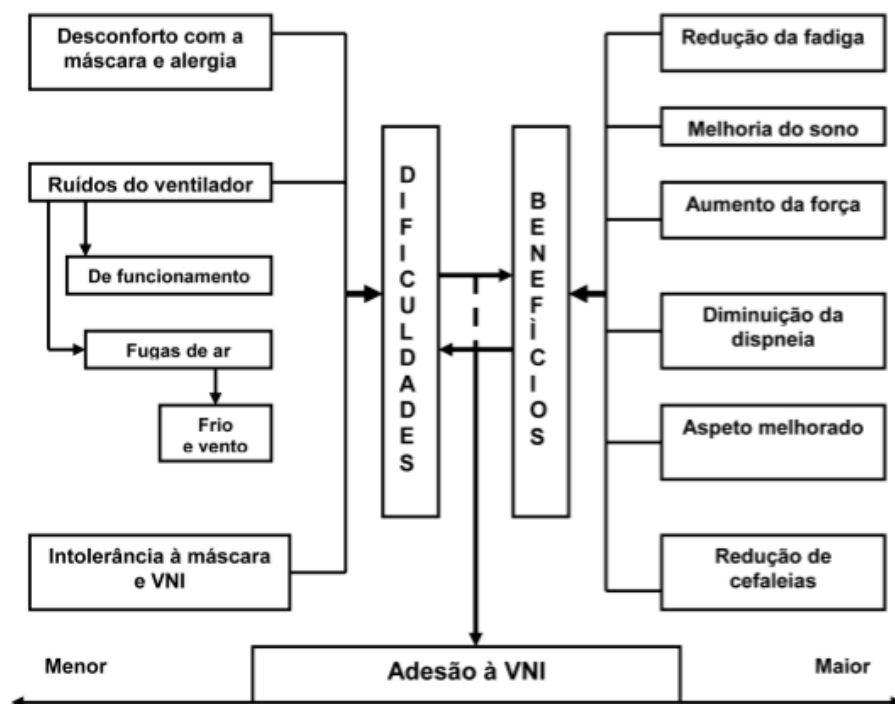


Figura 3 - Adesão à VNI relacionando as dificuldades/benefícios na perspetiva do doente e familiar cuidador (Morais e Queirós, 2013).

Através deste esquema pode-se inferir que efetivamente se verifica um conjunto de dificuldades associadas ao uso da VNI, nomeadamente os ruídos do ventilador, o desconforto da máscara, entre outros; no entanto, os benefícios percebidos pelas pessoas com DPOC também são muitos, diminuição da dispneia, aumento da força, redução da fadiga, entre outros. Pode-se assim perceber que o balanceamento entre as dificuldades e os benefícios condiciona de uma forma efetiva o nível de adesão destas pessoas a este tipo de tratamento, devendo ser a intervenção do profissional de saúde mais capaz no sentido de colmatar ou minimizar as dificuldades sentidas pelas pessoas com DPOC para atingir um maior nível de adesão à utilização da VNI.

Considerando a adesão da pessoa ao seu regime terapêutico multifatorial, devem ser consideradas uma série de métodos e estratégias no sentido de facilitar o processo, tendo sempre como princípio que cada pessoa é um ser único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida na procura constante de um equilíbrio. Assim, considerando esta multifatorialidade torna-se necessário uma abordagem abrangente, uma vez que o uso

isolado de um dos vários tipos de intervenção tem pouco significado no aumento do nível de adesão (4 a 11%) (Dias [et al.], 2011).

Neste sentido um conjunto de autores estabeleceram uma serie de métodos e estratégias para aumentar o nível de adesão terapêutica.

Segundo Kornusky e Schub (2017) as estratégias para aumentar a adesão da pessoa incluem a simplificação dos regimes de dosagem (por exemplo, com uma ou duas vezes ao dia), melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas doentes e seus familiares, aumentando a sua compreensão sobre a natureza da DPOC e a necessidade de adesão ao regime de tratamento prescrito, oferecer atendimento personalizado aconselhando sobre a adesão ao tratamento e educação de autogestão, promover uma parceria profissional de saúde- pessoa, uso de cartões e lembretes para definição de metas e suporte comportamental.

Osterberg e Blaschk, citado por Dias [et al.] (2011) agrupam estes mesmos métodos em quatro principais categorias: 1) a educação da pessoa doente; 2) a posologia e tipo de fármaco; 3) a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e a pessoa doente; e 4) a disponibilidade dos serviços de saúde em atender a pessoa doente.

Bugalho e Carneiro citado pelos mesmos autores apresentam dois tipos de intervenções que visam aumentar o nível de adesão ao regime terapêutico: intervenções educacionais e comportamentais. Para tal existe um conjunto de intervenções educacionais a considerar, nomeadamente, o fornecimento de conhecimento acerca da medicação e ou doença, a facilitação de informação oral, escrita, informatizada e audiovisual, através de programas individuais ou em grupo, nunca perdendo a ideia que a linguagem deverá ser clara e objetiva e deverá ir ao encontro do nível cultural e cognitivo da pessoa. As intervenções comportamentais têm como principais objetivos: incorporar na prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver as pessoas no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação.

Bugalho e Carneiro, citado por Dias [et al.] (2011) consideram, ainda, que o envolvimento das pessoas e familiares ou cuidadores informais têm-se mostrado eficazes na adesão ao regime terapêutico, sendo a comunicação entre as partes o ponto principal e essencial para este aumento.

A família desempenha um papel importante na vida de uma pessoa com doença crónica, sendo esta também afetada por todas as mudanças emocionais e físicas que ocorreram aquando do seu aparecimento. Esta é também apontada como o principal apoio ao

desenvolvimento das tarefas inerentes à implementação das modalidades terapêuticas a que a pessoa com DPOC está sujeita, nomeadamente, a VNI e consequentemente à sua adesão (Morais e Queirós, 2013).

A família deverá assim fazer parte integrante de todo o processo de tratamento clínico da pessoa, incluindo toda a fase de implementação e manutenção do regime terapêutico, devendo estar incluída em todas as sessões de esclarecimento e informação. Ainda, segundo *Morais e Queirós (2013)*, de uma forma geral as pessoas para satisfazer as atividades instrumentais e de vida diária mobilizam numa primeira abordagem a família por se encontrar física e afetivamente mais próxima, recorrendo à vizinhança quando possível, deixando para último os recursos institucionais.

Contudo, não menos importante que as estratégias para aumentar a adesão ao regime terapêutico da pessoa, é a avaliação desta adesão, pois permite analisar se as estratégias adotadas estão a produzir o efeito desejado ou se é necessário reavaliados ou alterá-los. Para avaliar a adesão terapêutica existem dois tipos de métodos: os métodos diretos, considerados mais fidedignos, contudo mais dispendiosos e pouco utilizados na prática e os métodos indiretos, utilizados com mais frequência por serem uteis económicos e mais acessíveis (*Dias [et al.], 2011*).

Como já foi referido anteriormente os profissionais de saúde desempenham um papel de extrema importância nos níveis de adesão terapêutica das pessoas. *Morais e Queirós (2013)*, no seu estudo constata que os vários grupos amostrais atribuem ao enfermeiro funções e intervenções cruciais, quer a nível da informação como o ensino, instrução e treino quer a nível da adaptação à máscara e ventilador. O estudo permitiu ainda concluir que os enfermeiros deverão ter em consideração os significados e crenças que as pessoas e cuidadores atribuem à doença e aos tratamentos para que exista uma melhor aceitação do regime terapêutico, devendo ainda considerar uma renegociação terapêutica e estruturação familiar para a implementação e a manutenção da VNI no domicílio.

Segundo *Kornusky e Schub (2017)* os fatores relacionados com o profissional de saúde associados à melhoria da adesão ao tratamento incluem uma melhor comunicação entre este e a pessoa, a formação em dispositivos e medicamentos, a adesão à gestão padronizada (por exemplo, as diretrizes de tratamento da GOLD), e o acompanhamento da pessoa. Neste sentido, o EEER desempenha um papel crucial na conceção e implementação de programas de treino respiratório, onde ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias a utilizar para maximizar o desempenho a nível respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde, mas também deverá

conceber sessões com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão da doença (Regulamento 392/2019).

Correia [et al.] (2013) afirmam, ainda, que o enfermeiro desempenha um papel fulcral na prevenção e resolução de problemas relacionados com a VNI domiciliária, no entanto é necessário que existam ensinamentos adequados e um envolvimento da pessoa na gestão terapêutica. Dessa forma, a adesão está profundamente associada à relação dos profissionais de saúde com a pessoa, sendo necessário que os primeiros se preocupem em estabelecer um diálogo lucrativo com as pessoas, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às suas necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação económica. O desenvolvimento de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e a pessoa é de extrema importância para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema pertinência para que a pessoa aceite as indicações e sugestões de tratamento.

Em jeito de conclusão Cabral e Silva (2010) concluíram, após a realização de um estudo à população portuguesa com recurso a um inquérito dirigido a uma amostra de 1400 pessoas, que existe ainda uma grande margem da sociedade civil para melhorar a adesão, nomeadamente, nas pessoas mais vulneráveis do ponto de vista social do estado de saúde, através da multiplicação de associações formais e informais de pessoas com doenças crónicas, seus familiares e amigos, assim como do crescente número de voluntários ativos no campo dos cuidados de saúde. Afirmam, ainda, que o Estado deverá criar uma variedade de linhas de apoio (associações, apoio técnico específico por profissionais de saúde), segundo a especificidade das doenças com vista a garantir a indispensável relação entre pessoa doente-profissional de saúde.

1.3 A Reabilitação Respiratória na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva

O aumento da esperança de vida, a prevalência das doenças crónicas, a incapacidade e dependência, são questões que implicam novos desafios aos profissionais de saúde, levando-os a questionar o conceito de saúde. O novo conceito de saúde poderá ser encarado em termos de qualidade de vida ou de um melhor nível funcional. Assim, além de bons cuidados de enfermagem que permitem manter as pessoas doentes vivas, são necessários bons cuidados de reabilitação, com o intuito de devolver a essas pessoas independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal, segurança ambiental e social (Pestana, 2016).

Um dos domínios da Enfermagem de Reabilitação compreende a Reabilitação Respiratória. Esta define-se pela aplicação individual de um programa multidisciplinar e multifacetado, através de um diagnóstico, de um tratamento, de educação e apoio emocional, com o objetivo de estabilizar e reverter as alterações físicas e psicopatológicas das doenças pulmonares, para que a pessoa possa atingir a maior capacidade permitida pelo seu compromisso pulmonar. Integrada no tratamento individualizado da pessoa doente e no desenvolvimento das suas competências, a Reabilitação Respiratória é indicada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença (OE, 2018).

A Reabilitação Respiratória afirma-se como uma mais-valia na abordagem à pessoa com alterações do padrão respiratório, prevenindo e combatendo a deficiência para minimizar a incapacidade e desvantagem, melhorando assim a qualidade de vida e devolvendo, autonomia à pessoa doente sendo parte integrante de um processo de reabilitação (Sanches [et al.], 2017).

Esta é uma terapêutica baseada no movimento que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração para tentar melhorar a ventilação alveolar com o menor dispêndio de energia, tendo como principais objetivos: a) prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, salientando a importância duma posição corrigida e correta para uma melhor ventilação; b) reeducar a tensão psíquica e muscular, através do ensino de posições de descanso e relaxamento; c) assegurar a permeabilidade das vias aéreas, utilizando como recurso as técnicas de drenagem de secreções para facilitar a eliminação das mesmas e o ensino da técnica de Huff e de tosse eficaz; d) prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, com o intuito de melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, através de um controle da ventilação e de exercícios de reeducação respiratória; e f) melhorar a “performance” dos músculos respiratórios, recorrendo à prática de exercícios de reeducação respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012).

Segundo os mesmos autores, cada programa de reabilitação deve ser contextualizado e adaptado individualmente, considerando vários fatores relacionados com a doença, com a pessoa, com o local de aplicação e com os meios disponíveis. Hesbeen (2003) considera que cuidar de uma pessoa respeitando a sua particularidade não é uma teoria nem uma ciência, é sim uma representação multidisciplinar da prática de cuidados baseados na experiência e na constante adaptação da ação repensada sempre que se apresenta uma nova situação humana.

Considera, ainda, que o processo de cuidados de reabilitação requer que os profissionais que o executam possuam a capacidade de inferência. Esta permite assim ao prestador de cuidados, numa situação concreta, estabelecer a ligação entre diferentes parâmetros, bem como combinar os seus múltiplos recursos, de os por em evidência e de lhes dar pertinência para poder cuidar de pessoas, na sua situação de vida particular.

A DPOC muito embora seja uma patologia do sistema pulmonar apresenta efeitos extrapulmonares significativos e abrangentes aos mais diversos sistemas do corpo humano, estando muitas vezes também associado a outras doenças crónicas como a hipertensão, diabetes, doença coronária, entre outras. De uma maneira geral estas comorbilidades acarretam inúmeras condicionantes na qualidade de vida das pessoas assim como o seu prognóstico. Assim sendo, cabe à reabilitação em geral e à reabilitação respiratória em particular atuar no sentido de uma melhoria significativa dos sintomas para que a qualidade de vida da pessoa seja afetada o menos possível.

A reabilitação respiratória nesta patologia tem como principais objetivos a melhoria da qualidade de vida, redução da dispneia e fadiga associada ao exercício, redução da ansiedade e depressão, aumentando a capacidade da pessoa em controlar a própria doença, melhoria da capacidade funcional na realização das atividades de vida, diminuição das exacerbações, diminuição do número de internamentos e recurso aos serviços de urgência, reduzindo em parte o custo com o tratamento, redução do declínio funcional pulmonar e benefícios psicossociais da pessoa (Menoita e Cordeiro, 2012; Fernandes, 2009).

Segundo Carreiro [et al.] (2013), a reabilitação respiratória está indicada em pessoas sintomáticas, mesmo quando cumprem adequadamente o plano terapêutico, em todos os graus de gravidade e em todos os escalões etários. Um estudo realizado pelo mesmo autor comprova que a reabilitação respiratória deverá ser vista numa abordagem holística direcionada não só no controlo dos sintomas respiratórios, mas também, para efeitos sistémicos, salientando ainda que as várias comorbilidades de uma maneira geral não condicionam o acesso à reabilitação.

As vantagens e os benefícios da reabilitação respiratória na pessoa com DPOC estão atualmente bem definidos e fundamentados. Existe uma panóplia de estudos onde se documentam os principais benefícios da reabilitação respiratória que, nos últimos anos a tem tornado um padrão de cuidados recomendados no tratamento destas pessoas.

Sousa [et al.] (2011) num estudo realizado em São Paulo constatam que a reabilitação pulmonar desempenha um papel importante na pessoa com DPOC, tendo por objetivo otimizar a performance física e social, e a autonomia da pessoa. Os principais benefícios

obtidos com a reabilitação pulmonar são a melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida relacionada com a saúde, redução da sensação de falta de ar e do número de hospitalizações, bem como dias de internamento hospitalar e, ainda, a redução da sensação de dispneia a partir do treino dos músculos dos membros superiores.

Eaton, citado por Gonçalves (2014), apresenta um estudo onde compara o uso ou não de um programa de reabilitação respiratória e verificou que entre os dois grupos estudados, as pessoas que realizavam o programa de reabilitação funcional respiratória tinham menos 23% de risco de readmissão hospitalar num período de 3 meses, comparativamente a 32% do outro grupo que não realizou o programa. No entanto, segundo Perez [et al.] citado por Gonçalves (2014), estes programas frequentemente prescritos e recomendados por profissionais de saúde, nomeadamente para pessoas com doenças respiratórias crónicas que têm comprovadamente demonstrado melhoria na qualidade de vida destas pessoas, apresentam taxas de adesão diminutas (situando-se na ordem dos 5%). Assim sendo, dever-se-ia questionar as causas da não adesão a estes programas e intervir nesse sentido.

McCarthy [et al.] (2015) após uma meta análise a 65 estudos concluíram que a reabilitação como parte do espectro do tratamento para pessoas com DPOC está fortemente aconselhada e deve incluir, pelo menos, quatro semanas de treino físico. Estes afirmam ainda que é possível encontrar melhorias clinicamente e estatisticamente significativas em domínios importantes da qualidade de vida relacionada com a saúde, incluindo dispneia, fadiga, função emocional e seu domínio, além do teste de caminhada/distância de seis minutos (uma medida do exercício funcional).

Um correto programa de reabilitação engloba vários aspetos que vão para além da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), nomeadamente a educação da pessoa e seus familiares, o treino de exercícios, a intervenção nutricional e a intervenção psicossocial (Cordeiro e Menoita, 2012). Segundo McCarthy [et al.] (2015), a reabilitação é uma intervenção abrangente com base em uma avaliação completa da pessoa seguida de terapias personalizadas, que incluem, mas não se limitam a exercícios, educação e mudança de comportamento, com o intuito de melhorar a condição física e psicológica de pessoas com doenças respiratórias crónicas além de promover a terapia de longo prazo para melhorar a saúde.

Relativamente à educação deve-se abordar vários temas quer sejam eles preventivos quer terapêuticos. Este aspeto é fulcral para o sucesso de qualquer programa de reabilitação. Devem assim ser abordados temas como a responsabilização da autogestão da doença, desmistificar e explicar o que é a DPOC, abordar a importância do exercício físico, da

evicção tabágica e de aspetos relacionados com a alimentação, nunca descorando a família ou o cuidador. Ou seja, todos os momentos de contacto profissional de saúde-pessoa doente deverão ser rentabilizados como momentos de comunicação e educação para a saúde, sempre no sentido de uma maior responsabilização do último para o sucesso do seu tratamento.

Bryant [et al.] (2013) afirmam que para um controlo adequada da DPOC, existem múltiplas orientações, nomeadamente farmacológicas, mas não menos importantes as intervenções não-farmacológicas (reabilitação respiratória, orientações sobre o estilo de vida e técnicas de autogestão), na tentativa de uma progressão lenta da doença, assim como redução das exacerbações e aumento da qualidade de vida.

A RFR desempenha um papel de extrema importância nas pessoas com DPOC e deve ser iniciada o mais precocemente possível na presença de sintomatologia, numa abordagem profilática e terapêutica, assim como incitada a sua execução no domicílio. Segundo Sanches [et al.] (2017), esta foi indicada como uma possível alternativa terapêutica para recuperar a condição clínica de fraqueza muscular inspiratória e limitações na mobilidade toraco-abdominal, observada nestas pessoas, caracterizando-a como um recurso adicional na reabilitação geral da pessoa.

A RFR engloba um conjunto de técnica e exercícios, nomeadamente, os exercícios respiratórios gerais, o treino de músculos respiratórios, dos membros superiores e inferiores e as técnicas de conservação de energia. Estes programas deverão ser contínuos, reavaliados e monitorizados de uma forma também ela continua para que seja possível garantir ganhos em saúde da pessoa com DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012). A RFR destaca-se assim pela sua especificidade, pois torna o simples facto de respirar como elemento terapêutico, procurando maximizar o potencial de reabilitação da pessoa, promovendo uma maior independência respiratória.

Segundo Menoita [et al.] (2012), a VNI associada à reabilitação respiratória parece trazer benefícios para as pessoas com patologia respiratória crónica, quer na fase estável, quer na fase de exacerbações. Segundo Fernandes (2009) a VNI atua como um tratamento adjunto aos exercícios por reduzir a sobrecarga dos músculos respiratórios. A mesma autora afirma que a VNI melhora significativamente a dispneia e o desempenho ao exercício. O uso da VNI durante a noite está indicado para repousar os músculos respiratórios em pessoas com DPOC grave entre as sessões de reabilitação pulmonar, e a VNI durante os exercícios supervisionados determina melhoria dos sintomas no período pós-reabilitação imediato em pessoas com DPOC mais avançado.

A reabilitação respiratória é uma intervenção obrigatória na maioria das pessoas com DPOC segundo as *guidelines* internacionais. Segundo a norma da DGS (Portugal, 2013b, p-5)

“O recurso a programas educacionais de autogestão efetuados individualmente no domicílio ou em grupo nos centros de saúde devem ser implementados em associação à reabilitação respiratória e visando a correta utilização dos inaladores. Todos os doentes com DPOC devem ser encorajados a manter uma vida ativa”.

Contudo, a acessibilidade a este tratamento em Portugal é excessivamente escassa. Segundo um inquérito realizado em 2014 pela Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, menos de 0,5% das pessoas com indicação para reabilitação respiratória têm acesso a ela (Guimarães, 2017). Simão (2017) refere que a reabilitação respiratória, a redução do número de exacerbações, as idas ao serviço de urgência, as hospitalizações e até duração das mesmas, assumem um forte impacto sobre os custos relacionados com esta doença crónica. Afirma, ainda que é essencial sensibilizar os profissionais que tratam de pessoas com DPOC de que, a par dos fármacos inaladores, da vacinação, da cessação tabágica, a RR é uma intervenção fundamental para o tratamento destes.

Segundo Fernandes (2009) o aumento da tolerância ao exercício obtido com a reabilitação diminui ao fim de algum tempo após o término do tratamento, quando as pessoas retornam os hábitos de vida sedentários, pelo que estes programas de reabilitação devem ser efetuados com alguma regularidade.

O aumento da prevalência das doenças crónicas desafia a sustentabilidade dos sistemas de saúde, que relacionado com a atual conjuntura económica, torna urgente a adoção de medidas estratégicas que permitam assegurar a continuidade, a qualidade e o custo-efetividade dos cuidados (Padilha, 2013). Este autor defende ainda que uma das estratégias que pode concorrer para a otimização dos recursos do sistema de saúde se baseia na promoção da capacidade da pessoa com doença crónica para gerir a sua condição de saúde.

Atualmente os cuidados de saúde baseados em valores são um modelo promissor para a reorganização dos cuidados. Acredita-se que este modelo tem o potencial de oferecer resultados de saúde substancialmente melhorados a um custo significativamente menor do que os sistemas de saúde atualmente conseguem alcançar. A perceção deste potencial obrigará a mudanças significativas de comportamento por parte dos interessados de todo o sistema de saúde (Larsson e Tollman, 2017).

Neste sentido, baseado na evidência e com resultados publicados credíveis, Simão (2017) acredita que é possível organizar um programa de RR com poucos recursos e custos reduzidos, obtendo resultados ao nível da saúde das pessoas com DPOC e da redução da utilização de cuidados de saúde.

Tendo por base os estudos referidos anteriormente poder-se-á inferir que a pessoa com DPOC e a utilizar VNI domiciliaria beneficiará com um acompanhamento/apoio constante e regular, assim como a realização de programas de reabilitação respiratória com uma periodicidade estabelecida, diminuindo significativamente uma série de complicações inerentes a esta doença crónica.

A reabilitação respiratória está assim muito longe de atingir números ideais relativamente a esta patologia, abrangendo apenas uma parte muito reduzida de pessoas com DPOC. A evidência científica atual mostra benefícios claros da reabilitação respiratória, em particular nas pessoas com esta patologia. Esta intervenção depende de uma equipa multidisciplinar, contudo, é maioritariamente sensível aos cuidados autónomos do enfermeiro de reabilitação.

O EEER segundo o Regulamento nº 392/2019 (2019) apresenta profundos conhecimentos, competências e comportamentos especializados e diferenciados, com o objetivo de a pessoa com doença aguda ou crónica atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e autoestima. Segundo Pestana (2016, p. 49)

“a reabilitação é um processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidade funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida”.

A mesma autora citando o Royal College of Nursing afirma, ainda, que o EERR deverá respeitar as normas e tradições culturais das pessoas, mesmo que para isso seja necessária alguma gestão criativa. Assim, os cuidados do enfermeiro de reabilitação surgem como resposta a uma necessidade crescente de apoio a pessoas com doença crónica, especialmente a DPOC que diariamente condiciona a sua qualidade de vida.

Hesbeen (2003) considera que muito embora a reabilitação provenha de saberes e técnicas, é no espírito de atenção e ação, dirigidas à pessoa, reconhecendo a sua singularidade que encontra a sua energia inesgotável. O mesmo autor considera, ainda, que estes profissionais têm uma vasta e fértil visão, uma vez que o seu olhar não se prende aos limites, por vezes muito restritos, daquilo que o corpo ou as características da pessoa deixam ver.

De uma forma retroativa percebe-se que a enfermagem engloba no seu conhecimento várias disciplinas, desde as ciências sociais, humanas e biomédicas, a psicologia, a sociologia e a medicina. De uma forma particular, a enfermagem de reabilitação atribui especial atenção às teorias de enfermagem centradas nas necessidades humanas básicas e no autocuidado, nos diferentes ambientes clínicos, nas diferentes mudanças da doença e em diferentes etapas do ciclo de vida. Isto, no sentido de se evoluir para a produção de evidência sobre modelos de intervenção que levem a respostas sustentáveis e adequadas às necessidades, sempre numa perspectiva de funcionalidade e manutenção da autonomia da pessoa, ou seja no sentido de a capacitar (Petronilho e Machado, 2016). A capacidade funcional segundo Yates, Benton e Beck, citado por Reis e Bule (2016, p. 58) “expressa-se no seu grau de aptidão para viver de forma autónoma e independente, nas circunstâncias da sua vida particular.” Ainda, segundo a classificação internacional de funcionalidade da OMS esta capacitação de viver autonomamente para além da própria performance física e mental é necessário a envolvente social, relacionados com fatores físicos, mentais, sociais económicos e ambientais (Reis e Bule, 2016).

Esta capacitação traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como comer e beber, eliminar, mover-se, lavar-se e vestir-se, assim como na procura por uma integração na comunidade, andar de transportes, fazer compras, ter controlo da sua saúde, gerir haveres, tal como preconizado por Virgínia Henderson (Petronilho e Machado, 2016) e que faz parte das competências do EEER.

1.4 Cuidar na doença crónica

A utilização de um modelo teórico de referência, permite ao enfermeiro sustentar toda a sua atuação do cuidar, privilegiando práticas baseadas na evidência científica. A ação o cuidar assume-se como essência da enfermagem e como o seu atributo mais valioso. A prática profissional, tendo por base o processo de cuidados, permite fornecer auxílio às pessoas para que estas possam atingir um elevado grau de harmonia dentro de si, promovendo o seu autoconhecimento e a sua própria cura (Silva [et al.], 2010a).

A enfermagem, na sua evolução, como uma ciência humana, necessita refletir e abandonar as suas velhas doutrinas, transcender os seus paradigmas existenciais e focar a sua atenção científica em fenómenos humanos (Watson, 2002). Para Watson, a profissão de enfermagem com a evolução científica e a prática sustentada na clínica humanística, torna necessário um novo modelo de enfermagem, no qual o enfermeiro está em constante formação e pesquisa. O processo de cuidar indivíduos, famílias ou grupos é um ponto fulcral para a enfermagem não só pelas transações dinâmicas de humano para humano,

como devido aos conhecimentos que requer esse cuidado, assim como empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral necessário em todo o seu exercício profissional.

Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu principal objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolvendo valores, vontades, compromisso, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências (Watson, 2002). No entanto, consideramos que poderá estar vulnerável e fragilizada, pois este modelo requer práticas de envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do enfermeiro, assim como um compromisso para com o próprio e para com os outros seres humanos, que muitas vezes não é fácil implementar nos contextos clínicos.

Segundo Waldow (2015) o cuidar integra uma prática que, além de apresentar características técnicas, é composta também por sentimentos. Considera ainda, que agindo desta forma não só ajudam as pessoas a lidar e enfrentar a sua doença e a incapacidade, como cuida no sentido de os encorajar e empoderar para continuar a sua busca pela plenitude humana.

O cuidado transpessoal de Watson é um conceito que direciona o foco de enfermagem assente num modelo tecnicista, com preponderância no domínio da tecnologia e processos do cuidado, dando ênfase ao cuidar mais altruísta, social e espiritual. Ou seja, esta teoria não menospreza e nem deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico para o cuidado à pessoa e introduz o aspeto social e espiritual deste, tal como um autoconhecimento do próprio profissional de enfermagem (Silva [et al.], 2010a).

A teoria de enfermagem, segundo Watson, citado por Silva [et al.], (2010a) baseia-se em quatro pressupostos importantes: 1) a *Pessoa*, que é tida como um todo, ser com mente, emoções e corpo; 2) a *Saúde*, experiência individual com harmonia da mente, corpo e espírito; 3) o *Meio ambiente* envolvido; e 4) os *Cuidados de enfermagem*, caracterizados por um cuidar ético e moral da relação transpessoal. Pode ser classificada como uma teoria interacionista, pois advém de uma interação enfermeiro/pessoa doente, assentando num conceito de diálogo entre pessoas, no qual cada uma delas sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão uma da outra, adicionalmente à partilha de histórias de vida, trajetórias e angústias. Considerar tudo isto, torna-se imperioso quando falamos de pessoas com doença crónica e em tudo o que dela advém, condicionando o seu dia-a-dia e dos seus familiares.

Assim, torna-se determinante os profissionais afastarem-se por completo do modelo biomédico centrado na doença e não na pessoa. Torna-se imperativo saber como criar

ambientes humanizados para a recuperação da saúde em pessoas com doenças crônicas respiratórias que condicionam o gesto mais simples do dia-a-dia.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar das pessoas doentes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Logo, o enfermeiro especialista deverá demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura, de forma a produzir um discurso fundamentado e assertivo, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde. A interação entre a pessoa e o enfermeiro é a base desta teoria, uma vez que esta permite exercer o cuidado em todas as necessidades psicossociais individuais tendo por base a máxima de que cada ser humano é diferente e apresenta necessidades singulares. A ação do cuidar assume-se como essência da enfermagem e como o seu atributo mais valioso.

Devido ao elevado nível de conhecimentos e experiências acrescidas, o enfermeiro especialista pode tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Regulamento 392/2019). Para tal, a utilização de um modelo teórico de referência, permite ao enfermeiro sustentar toda a sua atuação do cuidar, privilegiando práticas baseadas na evidência científica.

Segundo Watson (2002) cuidar envolve um conjunto de valores que ganham ainda mais sentido quando falamos de uma doença crónica, onde após o seu aparecimento exige uma mudança constante das atividades de vida e uma adaptação diária à sua condição humana.

O surgimento de uma doença crónica, nomeadamente da DPOC, com todas as suas características pode alterar ou mesmo interromper de uma forma importante a maneira de viver da pessoa e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida, implicando ainda alterações no seu seio familiar.

As pessoas acometidas com uma doença crónica necessitam de um apoio abrangente e focalizado em todas as suas carências e dificuldades, tendo o EERR um papel privilegiado, quer na organização do modelo de cuidados individualizado, quer a nível da facilitação da articulação de todos os elementos da equipa que colaboram na concretização desse modelo. Contudo, neste processo de cuidado o principal gestor da doença é a própria pessoa, que vai realizando ações de adaptação e ajuste às novas condicionantes, sob a orientação e apoio de uma equipa multidisciplinar para que tragam mais-valias ao processo terapêutico e de reabilitação (Pontes, 2016), onde o EERR tem um papel fulcral.

Clark, Gong e Kaciroti, citado por Pontes (2016) consideram que a capacidade da pessoa gerir a doença através de plano terapêutico é influenciada por fatores sociais e comportamentais. No entanto, à medida que as alterações da funcionalidade vão ocorrendo ao longo do tempo e as limitações vão afetando a sua independência e autonomia, estas também vão alterando as suas tomadas de decisões, afetando o tratamento e a sua resposta ao mesmo.

De uma forma geral na doença crónica ocorre uma mudança onde muitas vezes a pessoa tem que conviver com limitações e dificuldades numa nova realidade de carências e de insatisfação consigo próprio e com o seu contexto social (Pontes, 2016).

A pessoa com doença crónica vivência diariamente alterações a todos os níveis (físico, social e psicológico) e que de uma forma muitas vezes drástico transforma o seu estilo de vida, sendo que estas alterações deverão ser aceites não só pela pessoa como também por todo o seu seio familiar.

A OMS considera que resultados positivos, nas pessoas acometidas com doença crónica, apenas são alcançados quando as pessoas doentes e os seus elementos da família estão preparados, informados e motivados, trabalham em conjunto com as equipas de cuidados de saúde e pessoal de apoio na comunidade. O EEER tem um papel crucial no cuidado à pessoa com doença crónica para que esta possa encontrar um equilíbrio, demonstrando que esta é muito mais que seus órgãos doentes e daí logre, de uma forma global e holística, forças e capacidade para tentar eliminar as suas fragilidades, limitações e incapacidades provocadas pela doença (Pontes, 2016).

Para Watson e Pulliam, citado por Pontes (2016), as pessoas que optam por investir num processo de aprendizagem contínua acabam por se sentir mais responsáveis pela forma de viver e mais preparados para desenvolverem transições favoráveis a uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, a melhor forma de a pessoa lidar com os sintomas, com as complicações e com os tratamentos, que lhes permita desmistificar certos mitos e medos que possam advir do pouco conhecimento relacionado com a doença, passará por um primeiro processo de conhecimento da própria doença. Só assim a pessoa poderá ser autónoma e independente nas suas atividades diária especialmente na sua tomada de decisão.

Este desequilíbrio provocado pelo aparecimento da doença põe à prova as reservas da pessoa e dos seus familiares e exige uma maior gestão dos recursos económicos e sociais. Isto traduz-se numa necessidade grande por parte dos recursos de saúde de perceber até que ponto estas alterações provocaram danos, de maneira a ajudar a pessoa e familiares a adotar um estilo de vida saudável e adequado à sua nova situação de saúde. Watson

acredita que a enfermagem deve tornar mais fácil o desenvolvimento da pessoa doente no campo da promoção da saúde através de ações de saúde preventivas, ensinando as pessoas a fazer mudanças para promover a saúde, fornecer auxílio situacional, ensinando métodos de resolução de problemas e reconhecendo capacidades para lidar com a vida e de adaptação à “perda” (Neil, 2004).

Segundo Pontes (2016), para que haja um envolvimento da pessoa com doença crônica nos programas de gestão integrada no seu processo de vida e de saúde, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação terapêutica assente numa comunicação clara e objetiva, promotora de comportamentos adequados e ajustados às situações. Na teoria do cuidar de Watson esta comunicação é reforçada com o estabelecimento de uma relação de auxílio-confiança, a empatia. Esta permitirá à pessoa exprimir os seus sentimentos e perspetivas, assim como compreender os das outras pessoas, transmitindo essa mesma compreensão. Watson acredita, ainda, que através de uma comunicação eficaz se obtém respostas cognitivas, afetivas e comportamentais de uma forma mais positiva (Neil, 2004).

O acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, especialmente do EEER na interação com a pessoa de uma forma continuada, facilitará o processo global de gestão da doença crônica, permitindo gerir as mudanças de uma forma positiva e promotora de saúde a partir de pequenas e fáceis mudanças (Pontes, 2016). Segundo a OE (2010), uma das competências específicas do EEER passa por conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com o objetivo de obter um maior autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. A mesma fonte regulamenta também que estes profissionais de saúde têm ainda capacidade para habilitar a pessoa que apresenta algum tipo de limitação da atividade, deficiência ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, ou seja, compete ao enfermeiro especialista, utilizando as mais variadas competências elaborar e implementar programas que permitam à pessoa a adaptação às suas limitações, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida, permitindo assim uma maior participação social deste.

Tudo isto enfatiza a importância dos EEER junto das pessoas com algum tipo de doença ou deficiência, onde se inclui a DPOC, competindo a estes profissionais um maior cuidado para com estes no sentido de lhes proporcionar uma maior funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades.

Assim sendo, cuidar de uma forma holística a pessoa com DPOC, significa estimular (corpo e mente), impulsionar o seu processo terapêutico e de reabilitação global, que

consequentemente terá efeito positivo na qualidade de vida, produtividade e diminuição de custos da saúde. Em jeito de conclusão, permite aferir que nesta tipologia de pessoas doentes, ou seja, acometidos com uma doença crónica e submetidos a um tratamento adverso diariamente (VNI), o acompanhamento regular e presente, através de consultas, sessões de esclarecimento e apoio e visitas domiciliárias, constitui-se essencial na aceitação do problema e na maximização das potencialidades, tornando o dia-a-dia da pessoa e dos seus conviventes menos penoso.

CAPÍTULO II

OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação em Enfermagem segundo Martins (2008) tem como grande objetivo desenvolver a disciplina fomentando uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica ao questionar aquilo que faz, refletir nos modelos de trabalho e nas práticas profissionais, encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate.

A fase metodológica operacionaliza o estudo permitindo uma caracterização detalhada das ações desenvolvidas para a realização do trabalho de pesquisa. Deste modo, durante esta fase, o investigador estabelece os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009).

Neste capítulo é efetuada a descrição de todos os procedimentos metodológicos da investigação, designadamente os objetivos do estudo, a seleção do tipo de estudo, o meio/contexto e a população/amostra, os instrumentos e procedimento de colheita de dados e de tratamento e análise dos mesmos, não descurando os aspetos éticos a ter em conta.

2.1 Finalidade e Objetivos

Independente do tipo de investigação selecionado, o estabelecimento de objetivos constitui um passo importante do processo, direcionando para encontrar respostas para a questão de investigação. Os objetivos devem ser claros e passíveis de serem alcançados, evitando, desvios do processo de pesquisa. Devem ser abordados como o eixo da investigação para que esta seja concluída com sucesso, definindo-se como a declaração daquilo que os autores pretendem descobrir/medir/comparar (Fonseca, 2008).

Reconhecendo as competências e o papel fundamental que o EEER possui e desempenha, o presente estudo tem como objetivo geral conhecer os principais fatores que interferem na adesão terapêutica das pessoas com DPOC à VNI realizada no domicílio, através das representações das mesmas.

Tendo por base o objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos que a Pessoa com DPOC tem sobre a sua patologia;
- Identificar a adesão terapêutica à VNI da Pessoa com DPOC;
- Conhecer a perceção das Pessoas com DPOC sobre a importância dos Programas de reabilitação respiratória (PRR).

Segundo Dias [et al.] (2011), as pessoas portadoras de patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica estimando-se que cerca de 50% dos pacientes dos países desenvolvidos não cumprem o tratamento acabando assim por condicionar a economia, o

bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. As questões relacionadas com a adesão terapêutica devem-se principalmente à relação dos profissionais de saúde com a pessoa doente. Nesse sentido, este trabalho de investigação tem como finalidade desocultar a importância da intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa com DPOC com suporte de VNI domiciliário.

2.2 Tipo de estudo

Tendo em consideração a questão de investigação definida: **Quais os fatores que interferem na adesão à VNI na Pessoa com DPOC?** e os objetivos definidos optamos por um estudo que assenta num paradigma qualitativo de carácter exploratório e descritivo.

Este tipo de metodologia permite compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação e usa o raciocínio do tipo indutivo com a finalidade de compreender os fenómenos. Isto permite ao investigador compreender o fenómeno tal e qual como é vivido e relatado pelos participantes (Fortin, 2009). Segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2006), está ainda orientado para aprender com as experiências e os pontos de vista dos indivíduos, avaliar processos e gerar teorias fundamentadas nas perspetivas dos participantes. Segundo estes autores, os estudos de carácter exploratório permitem uma familiarização com fenómenos relativamente desconhecidos, ou seja, são realizados quando o objetivo passa por examinar um tema ou um assunto pouco estudado. Permite ainda, obter informação mais completa acerca de um contexto particular da vida real e investigar problemas do comportamento humano em determinada área profissional, situações onde se inscreve o presente estudo.

Este trabalho de investigação é ainda classificado como descritivo pois permite, de um ponto de vista científico, selecionar uma série de questões e medir ou coletar informações sobre cada uma delas para assim descrever o que se pesquisa (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006), ou seja o que os participantes sabem sobre a doença e o tratamento e o que dizem acerca do cumprimento terapêutico.

2.3 Contexto e participantes do estudo

Os estudos conduzidos fora do ambiente de laboratório são denominados por estudos em meio natural, onde o investigador tem a liberdade de definir o contexto onde o estudo é conduzido, justificando a sua escolha e assegurando que esta é acessível e que possui a colaboração e as devidas autorizações éticas e legais (Fortin, 2009).

O presente estudo foi realizado na consulta de pneumologia de um hospital da zona norte do país, sendo este uma entidade pública em parceria público-privada e caracteriza-se como um Hospital Central e Universitário com um nível de urgência máximo polivalente, tendo como área de abrangência cinco concelhos da região, com uma população de um milhão e duzentos mil habitantes.

A população alvo é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente pelo investigador e que permite fazer generalizações, sendo a amostra uma fração de uma população sobre qual se faz o estudo (Fortin, 2009). Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013, p. 403) definem amostra qualitativa como “um grupo de pessoas, eventos, acontecimentos, comunidades, etc., sobre o qual deveremos coletar os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos”.

Numa amostragem qualitativa, a quantidade de casos do ponto de vista probabilístico não tem relevância, pois o interesse do investigador não é, de todo, generalizar os resultados para uma população mais ampla. Contudo, a seleção de uma amostragem adequada tem elevada importância, no sentido de ajudar o investigador a entender o fenómeno do estudo e a responder às perguntas da investigação. Esta escolha assenta em três fatores segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013): 1) o número de casos com o qual se pode trabalhar de forma realista de acordo com os recursos disponíveis; 2) o número de casos que ajudam a responder às perguntas do investigador “saturação de categorias”; e 3) se os casos são frequentes e acessíveis ou o contrário.

Nesta investigação, a definição da amostra sustentou-se no princípio da saturação, ou seja a amostra termina quando os temas ou categorias se tornam repetitivas e a colheita de dados já não oferece novas informações (Fortin, 2009). O tipo de amostragem para este estudo é não probabilístico, ou seja, não permite a todos os elementos da população a mesma probabilidade de serem escolhidos para pertencerem ao estudo, devendo responder aos seguintes critérios de inclusão 1) utentes com o diagnóstico de DPOC; 2) a realizar VNI domiciliária em algum período do dia. O grupo de participantes é constituído por 9 pessoas com DPOC a efetuar VNI domiciliária seguidos em consulta de pneumologia.

2.4 Instrumento e procedimentos de colheita de dados

A escolha do instrumento de colheita de dados num estudo qualitativo deverá ter em conta as características do estudo, dos participantes, do investigador e das etapas da colheita, da análise e da interpretação dos resultados (Fortin, 2009).

Para uma adequada recolha de dados o investigador deverá ter presente vários aspetos aquando da sua realização, sendo estas recomendações transversais aos vários tipos de procedimentos de colheitas de dados, nomeadamente: i) evitar induzir respostas e comportamentos; ii) conseguir que os seus participantes narrem as suas experiências sem julgamento e crítica, não ceder a nenhum tipo de chantagem; iii) ler e obter a maior quantidade possível de informação sobre o ambiente, lugar ou contexto antes de entrar nele; iv) deve saber controlar as suas emoções, não as negando, mas evitando que elas condicionem ou influenciem os resultados; v) participar em alguma atividade para se aproximar da pessoa, criando alguma empatia; vi) não ofender nenhuma pessoa; vii) ter várias fontes de dados, pessoas diferentes e métodos diferentes; viii) nunca colocar em risco a sua segurança, nem a dos participantes; ix) sempre que possível conversar com alguns membros ou integrantes do contexto ou ambiente; x) não falar sobre medos ou angústias nem preocupar os participantes; xi) e nunca esquecer que cada cultura, grupo e indivíduo representam uma realidade única (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

No sentido de dar resposta à questão de investigação, aos objetivos definidos, e considerando o tipo de estudo, o principal instrumento de colheita de dados que utilizamos foi a entrevista. A utilização das entrevistas num estudo qualitativo ocorre quando o problema do estudo não pode ser observado ou é de difícil observação por questões éticas ou pela sua complexidade (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

A entrevista é definida como uma reunião para conversar e trocar informação entre o entrevistado e o participante (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Esta permite examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes. Existem diferentes tipos de entrevistas, tais como aberta, dirigida e semidirigida. Para este trabalho foi selecionada a entrevista do tipo semidirigida, pois segundo Fortin (2009) esta permite ao investigador estabelecer previamente uma lista de temas a abordar e formular questões de acordo com esses temas, orientando os entrevistados pela ordem que considera mais apropriado. Segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013, p. 426), que denominam este tipo de entrevista como semiestruturada, consideram que esta “se baseia em um roteiro de assuntos ou perguntas e o entrevistador tem a liberdade de fazer outras perguntas para precisar conceitos ou obter mais informações sobre os temas desejados (isto é, nem todas as perguntas estão predeterminadas) ”.

As entrevistas qualitativas assentam em várias características essenciais, no sentido de as tornar o mais eficiente possível, e para que o participante se possa expressar de uma forma

mais completa sobre o tema proposto. Assim as entrevistas deverão ser flexíveis, não estando previamente definidos o início e fim da mesma, podendo mesmo ser realizado em várias etapas. As perguntas e a ordem em que são feitas devem adaptar-se aos participantes. Adicionalmente, esta entrevista é uma grande parte episódica, tem um caráter amistoso e o entrevistador compartilha com o entrevistado o ritmo e a direção da entrevista. O contexto social é considerado e é fundamental para a interpretação de significados, o entrevistador adapta a sua comunicação às normas e linguagem do entrevistado. As perguntas deverão ser abertas e neutras permitindo obter pontos de vistas, experiências e opiniões detalhadas dos participantes na sua própria linguagem (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

Tendo-se optado pela entrevista semiestruturada, foi construído um guião para o efeito (Apêndice 1) onde constam duas partes a primeira parte permite a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, a segunda parte orientada para dar resposta aos objetivos definidos para o estudo. Nesta entrevista as questões foram orientadas no sentido de perceber o que os entrevistados conheciam sobre a sua patologia, o tratamento com VNI e implicações pessoais e profissionais da doença e tratamento no seu dia-a-dia, cumprimento do plano terapêutico (VNI) instituído pelo médico, quais os benefícios/constrangimentos da utilização da VNI e se, em algum momento da doença realizaram algum programa de reabilitação respiratória

Foram realizadas nove entrevistas no período compreendido entre 14/01/2019 e 4/02/2019. A recolha de dados terminou quando a informação recolhida já não acrescentava conhecimento relevante para o estudo.

Os participantes foram selecionados com o apoio da equipa médica e de enfermagem da consulta de pneumologia, no que diz respeito ao preenchimento dos critérios de inclusão (DPOC e realização de VNI). Na posse destes dados, a investigadora, após formalizado o consentimento informado, realizou as entrevistas numa sala de consultas disponível e que assegurou condições de privacidade. As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram a duração média de 11 minutos.

Nos estudos qualitativos, os dados podem oferecer uma maior riqueza, amplitude e profundidade, caso estes tenham diferentes fontes e sejam recolhidos de forma variada (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Neste sentido, para além dos dados recolhidos na entrevista à pessoa com DPOC e seus acompanhantes quando presentes, recorreremos ao processo clínico, para a identificação da idade, taxa de adesão à utilização da VNI registada pelo médico, grau da DPOC e agudizações.

2.5 Procedimento de tratamento e análise de dados

Após a recolha dos dados é imperativo, em qualquer estudo, o seu tratamento para posteriormente serem analisados os resultados e retiradas as conclusões dos mesmos.

Num estudo qualitativo, existem ameaças ao tratamento dos dados, devendo o investigador munir-se de princípios ao longo de todo o processo. Coleman e Unrau citado por Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013) fazem algumas recomendações: o investigador deve evitar opiniões e crenças que afetem a clareza das interpretações de dados, considerar importantes todos os dados, principalmente os que contradizem as próprias crenças, privilegiar igualmente todos os participantes, estar consciente do quanto influenciam os participantes e como eles o afetam e procurar evidencia tanto positiva como negativa.

Segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lúcio (2013, p. 456), numa análise qualitativa, os dados são codificados, ou seja,

“além de identificar experiências ou conceitos em segmentos dos dados (unidades), implica tomar decisões sobre quais as peças se “encaixam” ente si para que sejam categorizadas, codificadas, classificadas e agrupadas para formar os padrões que serão utilizados para interpretar dados”.

Leituras flutuantes e mais profundas das entrevistas, proporcionam uma exaustiva análise dos dados recolhidos permitindo interpretar e reconhecer significados através de extratos da comunicação, sob a forma de unidades de registo posteriormente codificadas e categorizadas.

O tratamento de dados neste estudo foi efetuado de acordo com o processo de análise de Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lúcio (2013), onde as descobertas ou teorias surgem dos dados colhidos, ou seja, através de codificação de unidades de análise e a categorização destas.

Seguindo esta linha de pensamento e numa tentativa de melhorar a compreensão e interpretações dos dados desta investigação, surge a necessidade de definir o significado dos termos utilizados na categorização, onde se aplicou regras a cada categoria, tal como demonstra o quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1 - Regras de análise de categorias.

Categoria	Regra aplicada
Patologia	Estado de saúde considerado anormal ou desviante; doença (Dicionário médico)
Sintomas	Qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo por uma doença, e que, descritos pelo paciente, auxilia, em grau maior ou menor, a estabelecer um diagnóstico (Dicionário médico)
Fatores de risco	Fator de exposição supostamente associado com o desenvolvimento de uma doença podendo ser genético ou ambiental. Ao contrário dos fatores prognósticos, fatores de risco agem antes da instalação (Dicionário médico).
Respirar normalmente	Processo do Sistema Respiratório: Mover o ar para dentro e para fora dos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração (CIPE, 2017)
Movimentar-se e manter a postura correta	Movimentar-se e manter a postura correta sem dificuldade e sem necessitar de apoio de dispositivos ou terceiros
Dormir e descansar	Estar entregue ao sono (Dicionário Português) Por em descanso (Dicionário Português)
Escolher a roupa: vestir-se e despir-se	Cobrir: Colocar ou remover roupas. (CIPE, 2017)
Trabalhar de modo a sentir-se realizado	Realizar o seu trabalho de forma regular e sem dificuldades incluindo atividades domésticas (cozinhar, varrer, limpar, fazer bricolage)
Jogar ou participar em diversas formas de recreação	Manter-se socialmente ativo; participar em atividades lúdicas e recreativas; passear.
Constrangimentos	Algo que provoca insatisfação, desagrado (Dicionário Português)
Adesão	Ato ou efeito de aderir (Dicionário Português)
Efeitos	Resultado necessário ou acidental de uma causa; consequência. Fenômeno de particular importância produzido por uma causa bem determinada (Dicionário Português)
Realizado	Tornar real ou efetivo; dar existência concreta a, concretizar, acontecer, efetuar-se (Dicionário Português)

Os resultados obtidos pela análise do processo clínico permitiram o seu cruzamento com os das entrevistas, reconfirmando ou contestando as interpretações efetuadas no sentido de confirmar o verdadeiro significado do que foi capturado (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006).

A análise documental foi efetuada após as entrevistas, onde foram recolhidos os dados mais recentes dos processos clínicos, sendo que a sua totalidade corresponde às notas médicas da última consulta. Posteriormente foram ordenadas num quadro para uma melhor interpretação.

2.6 Considerações éticas

A palavra ética tem na sua origem a palavra grega *ethos* que significa caráter e foi traduzida para o latim como *mos* que significa costume. Atualmente, ética corresponde a uma ciência moral ou filosofia moral e é entendida como um conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceites numa determinada época por determinada comunidade humana (Koerich [et al.], 2005). A ética está assim presente em todas as sociedades e grupos profissionais, inerente aos relacionamentos onde há respeito pelos direitos do outro e pelo princípio fundamental que constitui a base da convivência ética.

Segundo Martins (2008) qualquer investigação científica acarreta grande responsabilidade. Considera ainda que desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem um longo caminho a percorrer, podendo mesmo ser de grande importância alguns aspetos que, à primeira vista, possam parecer pormenores.

Uma vez que este estudo se enquadra no domínio da saúde e envolve seres humanos é importante e obrigatório, portanto, que sejam tidas em consideração as questões éticas, devendo estas estar presentes desde do seu início até à apresentação e discussão dos resultados.

Independentemente do tipo de estudo ou estratégia utilizada, os direitos da pessoa, assim como todos os princípios da bioética devem ser considerados. Na mesma linha, Fortin (2009) defende que deve ser condição da investigação a conduzir: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela privacidade e confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Neste sentido, no decorrer de todo o estudo de investigação, foram tidos em consideração todos os passos legais previamente conjecturados, nomeadamente a formalização de um pedido de autorização à Administração do Hospital onde se realizou o estudo, tendo este avaliado a pertinência e a viabilidade do mesmo e enviado para a comissão de ética desta instituição, que deu o abalo positivo para a sua realização, segundo o parecer nº Ref.144/2018. No que concerne aos participantes, estes foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do presente estudo, tendo a sua autorização dada de forma voluntária, após o esclarecimento de dúvidas quanto ao estudo, sempre garantindo a confidencialidade destes. Foi elaborado um documento de Consentimento Informado (Apêndice 2) que os participantes assinaram em duplicado antes da participação no estudo. Um dos exemplares ficou na posse do utente inquirido. A entrevista foi gravada apenas

após a autorização dos participantes, sempre com a garantia da não manipulação dos resultados.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo pretende apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos. Numa fase inicial será efetuada a caracterização da amostra, sociodemográfica e clínica, seguido dos restantes resultados, cuja análise e discussão teve por base a sustentação teórica já apresentada. Estes resultados serão apresentados tendo como ponto de partida as áreas temáticas: Conhecimentos sobre a DPOC; Implicações da DPOC nas necessidades humanas básicas; Tratamento com a VNI; Programa de Reabilitação Respiratória associado à patologia e em quadros síntese no sentido de facilitar a exposição e compreensão dos resultados.

3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

A caracterização sociodemográfica, dos nove participantes neste estudo, está representada no quadro que se segue (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.

		Número de participantes
Sexo	Feminino	1
	Masculino	8
Grupo etário	60 a 69 anos	3
	70 a 79 anos	2
	80 a 89 anos	4
Estado Civil	Casado	5
	Solteiro	2
	Viúvo	2
Habilitações literárias	Sem habilitações	3
	1º Ciclo	5
	Ensino secundário	1
Profissão	Agricultor	1
	Carpinteiro	2
	Doméstica	1
	Empilhador	1
	Operário da construção civil	3
	Taxista	1

Os participantes são maioritariamente do sexo masculino, oito, sendo apenas uma do sexo feminino. Estes dados vão de encontro à estatística nacional que afirmam que a DPOC afeta maioritariamente pessoas do sexo masculino.

No que se refere à idade, após recodificação em grupos etários verificou-se que três participantes se encontram entre os 60 e 69 anos, dois entre os 70 e 79 anos e a maioria (quatro) entre os 80 e os 89 anos, demonstrando, mais uma vez, que esta patologia abrange de uma maneira geral a população mais envelhecida. Neste sentido, Pontes (2016) afirma que devido aos elevados avanços tecnológicos e tratamentos de doenças, verifica-se um aumento da esperança de vida, refletindo-se num aumento da população idosa muitas vezes com doença crónica associada.

Também, o PNDR refere que a prevalência da DPOC é de 30,8% acima dos 70 anos, sendo que nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2% (Portugal, 2013a).

Quanto ao estado civil, cinco são casados, dois solteiros e dois viúvos. Relativamente às habilitações literárias verificou-se que na sua maioria não possuem habilitações (três) ou apenas frequentaram o primeiro ciclo (cinco), e destes apenas dois terminaram o 4º ano de escolaridade. Apenas um participante frequentou o ensino secundário.

No que concerne à profissão, estas são variadas, sendo que três dos participantes trabalham ou trabalharam na construção civil, dois foram carpinteiros, um agricultor, um empilhador, um taxista e uma doméstica. Sabemos que grande parte destas profissões pressupõe um contacto elevado com pequenas partículas e/ou produtos químicos ou outros agressivos para a árvore brônquica.

Estes dados vão de encontro às afirmações da GOLD que indicam que os fatores socioeconómicos também poderão estar relacionados com o surgimento da doença, pois indivíduos provenientes de estratos sociais mais baixos têm maior risco de desenvolver DPOC (Decker [et al.], 2019).

Os resultados da caracterização clínica dos participantes constam no quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização clínica dos participantes.

		Número de participantes
Tempo de diagnóstico da doença	1 a 5 anos	3
	6 a 10 anos	3
	>10 anos	2
	Não sabe	1
Grau da doença	Não sabe	8
	Grau IV	1
Realiza oxigenoterapia	Sim	7
	Não	2
Número de horas de oxigenoterapia (horas)	4	1
	8	1
	16	2
	Continuo	2
	Período noturno	1
Tempo de início da VNI	< 1 ano	2
	1 a 5 anos	5
	6 a 10 anos	1
	>10 anos	1
Plano terapêutico da VNI	Noturno	8
	Noturno + SOS	1

No que se refere ao tempo de diagnóstico da patologia, verificamos que três participantes foram diagnosticados entre 1 e 5 anos, outros três entre 6 a 10 anos, dois há mais de 10 anos e um participante desconhece há quanto tempo tem a doença.

Quando questionados sobre o grau da sua doença verificamos que oito responderam que não sabiam e apenas um elemento afirmou que era grau IV. De uma forma geral os participantes desconhecem o seu grau ou gravidade da patologia, no entanto, após consultar os processos clínicos foi possível verificar que estes dados também não se encontravam documentados.

Relativamente à utilização de oxigenoterapia no domicílio, verificamos que sete participantes efetuam, e apenas dois não o fazem. Dos sete primeiros, dois efetuam oxigénio suplementar continuamente, e outros dois num período de 16 horas. Apenas um participante afirma efetuar oxigénio por um período de 4 horas e, o mesmo número faz oxigénio durante 8 horas, tal como no período noturno. Destes dados podemos verificar que a maioria já necessita de suporte de oxigénio, não sendo suficiente a VNI, o que nos

leva a inferir que poderemos estar perante participantes com um grau de obstrução elevada.

No que diz respeito ao tempo de iniciação da VNI constatamos que, na sua maioria os participantes iniciaram o suporte ventilatório recentemente, dois há menos de um ano, cinco entre 1 a 5 anos, sendo que destes cinco entrevistados, quatro foi há aproximadamente 1 ano. Apenas um entrevistado foi entre 6 a 10 anos e outro há mais de 10 anos.

Relativamente ao período de utilização da VNI, o grupo de participantes também foi unânime pois a totalidade realiza apenas durante o período noturno, havendo, contudo, um elemento que afirma que sente necessidade de efetuar durante o dia quando apresenta maior dificuldade respiratória. Estes dados são corroborados por Gonçalves e Pinto, citado por Saraiva [et al.] (2014), que afirmam que nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do número de pessoas com ventilação domiciliária, em parte decorrente da constatação de que a maior parte das pessoas com insuficiência respiratória necessitavam exclusivamente de ventilação noturna.

Seguidamente iremos apresentar os dados clínicos recolhidos dos processos dos participantes que nos permitiram uma melhor compreensão do fenómeno em estudo pela sua articulação com os resultados da análise de conteúdo das entrevistas (Quadro 4).

Quadro 4 - Dados clínicos dos participantes.

E1	DPOC, SHO, SAOS Aderente ao ventilador 100% Dispneia de esforço, crepitações bilaterais, GSA sem alterações, faz inaladores, MV globalmente diminuídos Fumador Sem agudizações
E2	DPOC grave VNI com O2 – 2litros, Dia – CN 1,5L IAH – 2,9 Taxa média de adesão- 98% Crepitações bilaterais, MV diminuídos à esquerda Sem agudizações
E3	Avaps Taxa de adesão – 81,3% MV diminuídos Não cumpre inaladores, só em SOS
E4	IR + exacerbação da DPOC em dezembro com necessidade de O2 24h, e BIPAP noturna. Aumenta períodos de VNI durante o dia Cumprimento plano Aderência 100%
E5	DPOC GOLD B Iniciou VNI há 10 dias com O2 Bem adaptado à VNI e boa tolerância clínica Reavaliar necessidade de O2
E6	DPOC grave – GOLD D SAOS Hipercapnia BIPAP, OLD e oxigenoterapia de deambulação Sente-se melhor, mantém vida ativa Sem agudizações desde a última consulta MV globalmente diminuídos, sibilos dispersos Aderente à ventilação: Dias de não utilização – 3, total de dias - 182
E7	Boa adesão com compliance de 8h38m Sem SDR Mantém OLD e O2 de deambulação MV diminuídos, crepitações bilaterais (2018 – adesão 100%)
E8	DPOC não estratificado VNI- doente pouco recetivo, depois aceita Sem agudizações respiratórias Teve Zona na face (não podia fazer) – 26% No último mês com melhor adesão MV diminuídos globalmente Crepitações bilaterais
E9	DPOC – enfisema grave FEV1 – 17% estável desde 2014 TB pulmonar em 2006 Adesão 100% 2018 Exacerbação da DPOC

A análise deste quadro permite-nos verificar que nos registos clínicos dos participantes constam essencialmente o nível de adesão à VNI (dados fornecidos pelas empresas do

aparelho da VNI), números de exacerbações, estágio da doença, e algumas características da auscultação pulmonar.

Relativamente ao grau da doença verificamos que nem sempre consta no processo o estágio da DPOC, no entanto, verificamos que quatro participantes efetuam oxigenoterapia diurna e grande parte destes apresenta auscultação pulmonar comprometida. Apuramos ainda que cinco entrevistados não apresentaram exacerbações recentes.

Constatamos que quatro dos entrevistados apresentam uma taxa de adesão de 100%, dois de 98%, um de 81,3%, um de 26% e um último que não apresenta taxa de adesão registado pois tinha iniciado o tratamento há cerca de 10 dias. De ressaltar que o participante que demonstrou uma taxa de adesão de 26%, durante este período de avaliação foi acometido por uma doença vírica na face (Zona), não podendo por isso usar a máscara da VNI. Assim, efetuando a média pelos oito participantes com registos de adesão no processo clínico verificamos que a taxa de adesão à VNI ronda os 88% neste estudo.

3.2 Análise e discussão dos resultados

Terminada a caracterização dos participantes e da sua situação clínica, importa analisar e discutir os dados obtidos pela voz dos participantes e/ou seus familiares. Da análise de conteúdo, emergiu a matriz constituída por quatro áreas temáticas, catorze categorias e dez subcategorias (Quadro 5). Sendo que o quadro completo, onde se incluiu as unidades de análise se encontra em anexo (Apêndice 3).

Quadro 5 - Matriz de análise.

Área temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimentos sobre a DPOC	Patologia	Tem
		Não Tem
	Sintomas	
	Fatores de risco	
Implicações da DPOC nas necessidades humanas básicas	Respirar normalmente	
	Movimentar-se e manter postura	
	Dormir e descansar	
	Vestir-se e despir-se	
	Trabalhar	
	Jogar e participar	
Tratamento com a VNI	Constrangimentos	Ausentes
		Presentes
	Adesão à VNI	
	Efeitos	Negativos
		Positivos
PRR associado à patologia	Realizado	Sim
		Não
	Efeitos	Sentidos
		Esperados

Para uma melhor interpretação, análise e discussão dos resultados, optamos por apresentar individualmente cada área temática seguida de uma síntese reflexiva, tendo por base a sustentação teórica já apresentada anteriormente.

3.2.1 Conhecimento sobre a DPOC

A área temática **Conhecimento sobre a DPOC** integra três categorias: patologia, sintomas e fatores de risco, sendo que na categoria patologia encontramos as subcategorias tem e não tem.

Esta área temática surgiu na tentativa de perceber o que sabiam as pessoas acerca da sua doença. Sabemos que é uma doença crónica com repercussões a vários níveis na vida das pessoas por isso durante a entrevista foram questionados sobre a mesma. O quadro seguinte demonstra de forma sucinta os resultados (Quadro 6).

Quadro 6 - Conhecimento sobre a DPOC (Síntese).

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Patologia	Tem				X					X
	Não Tem		X	X		X			X	
Sintomas		X	X	X	X	X	X	X	X	
Fatores de Risco							X	X		

Quando questionados no sentido de perceber quais os conhecimentos que as pessoas possuem sobre a sua **Patologia**, se sabiam o que é uma doença crónica, o nome da patologia, verificou-se que apenas dois participantes demonstraram saber algo sobre a patologia – Subcategoria **Tem**:

E4 – “É [Sobre ser uma doença crónica] ... já há muitos anos.”

E9 – “... sei que é uma doença crónica, quais a prevenção que tinha que ter, os limites que ela me impõe basta isso não é, generalizando quase tudo...”

Quatro dos entrevistados foram claros em afirmar que nada sabiam sobre a patologia que os afetava – Subcategoria **Não Tem**:

E2 - “Eu não sei nada eu não sou medico.”

E3 – “Não sei nada.”

E5 – “Da doença do pulmão se quer que lhe diga pouco sei ou nada.”

E8 – “Eu não sei nada...”

Através destes resultados podemos verificar que os participantes demonstram pouco ou nenhum conhecimento sobre a sua patologia, nem mesmo que se trata de uma doença crónica prevenível e tratável. Não reconhecem a sua fisiopatologia, nem mesmo a conseguem descrever utilizando uma linguagem mais acessível. Identificam apenas, que se trata de um *problema do pulmão*. Se tivermos em consideração a faixa etária da maioria dos entrevistados e o seu baixo grau de escolaridade, podemos perceber que se trata de pessoas com pouca literacia e, possivelmente a informação há cerca da patologia não foi adequadamente emitida pelos profissionais de saúde ou não foi compreendida pelos próprios.

Relativamente à categoria **Sintomas** podemos verificar que a maioria dos entrevistados reconhecem a falta de ar como o principal sintoma. Alguns referem ainda que o cansaço também está associado a esta doença, tal como expressam as seguintes unidades de registo:

E1 - "... quer dizer um bocadinho de falta de ar..."

E2 - "Falta de ar tenho, um bocadito..."

E3 - "... às vezes falta de ar..."

E4 - "O que sei desta doença é falta de ar mais nada. Nem febres... (quando ganho infeção pois claro), nem febre, nem tosse, nem nada..."

E5 - "... foi com a falta de ar que me eles me trouxeram para aqui para as consultas... Tinha o cansaço, mais cansaço assim sobre o cansaço e a falta de ar claro."

E6 - "Se esforçasse um bocadito já se sabia [falta de ar] ..."

E7 - "O que sei sobre a minha doença é que estou sempre abafado... Sim começo a andar e canso-me e fico parece a respirar mal... Fico com muita má respiração."

E8 - "Falta de ar, que eu ia pro coisa, e depois,... cansava e era aquele cansaço que o ar que coisa mas também, falta de ar..."

Segundo a GOLD os principais sintomas da DPOC são a dispneia, a tosse crónica e a expetoração, sendo a dispneia, sem dúvida o sintoma mais evidente e o que mais compromete a qualidade de vida da pessoa com DPOC (Decker [et al.], 2019).

Alguns reconhecem que foi a dispneia que permitiu o diagnóstico da patologia, também, Menoita e Cordeiro (2012) afirmam que o diagnóstico desta patologia é efetuado com base nos sintomas da pessoa, na história de exposição a fatores de risco, no exame físico, na espirometria assim como outros dados adicionais.

Quando questionados sobre o seu conhecimento acerca dos **Fatores de risco** desta patologia, apenas dois participantes demonstraram reconhecer alguns:

E7 – “Antes tinha sempre esses problemas de falta de ar que a médica sempre associou a crises de bronquite, quando ele trabalha com madeiras tratadas ela dizia que era reações às madeiras tratadas [Filha] ...”

E6 – “Acho que aquilo [DPOC] veio tudo do tabaco... e depois eu também em frança..., tínhamos uma grande cuba de tratamentos de madeira, e às vezes quando aquilo faltava líquido... sem máscara... tinha que amarrar no balde deitar para a parte de cima das paletes... foi muito ano e tudo ajudou.”

Um participante reconhece que a doença teve como possível causa a sua elevada exposição a partículas, quer proveniente do tabaco quer pelo exercício da sua profissão, sem utilização de máscaras. Também, a filha de um outro entrevistado reconhece que os problemas pulmonares do seu familiar advieram do facto de ele ter trabalhado com madeiras. Segundo Menoita e Cordeiro (2012) o tabagismo é o fator de risco isolado de maior importância, condicionando 80 a 90% de risco de desenvolvimento de DPOC. A poluição urbana poderá também contribuir para o desenvolvimento de DPOC, assim como a poluição doméstica resultante de alguns sistemas de aquecimento ou sistemas usados para confeção culinária a partir de combustíveis sólidos e sempre que não haja ventilação adequada e ainda, a exposição ocupacional. Segundo a mesma fonte o risco de desenvolver DPOC aumenta se houver exposição combinada com o fumo de tabaco.

De uma forma geral a análise a esta área temática (Conhecimento sobre a DPOC) permite-nos dizer que os entrevistados possuíam pouca ou nenhuma informação acerca da sua patologia. Ou seja, a sua maioria não tem conhecimento sobre a nomenclatura da mesma do seu significado, os principais fatores de risco, os sintomas, como poderá preveni-la ou mesmo evitar a sua evolução. Acreditamos, que parte desta desinformação também se deva ao facto de, na sua maioria serem pessoas situadas nas faixas etárias mais elevadas e com um nível de escolaridade muito reduzido, falta de informação e esclarecimentos fornecida pelos profissionais de saúde, ou mesmo falta de confirmação se essas informações ou esclarecimentos foram devidamente rececionados pelas pessoas. Neste sentido, estes resultados estão em consonância com os do estudo realizado por Melo (2017) que concluiu que os profissionais de saúde poderão não estar a facilitar o acesso a informação clara e necessária à compreensão da doença, adaptada a cada pessoa (e/ou cuidador) ou poderão estar a fazê-lo em linguagem pouco acessível. Este autor afirma, ainda, que a DPOC é uma doença deficientemente reconhecida quanto à sigla, progressividade e impactos, tal como o que podemos contactar dos discursos dos participantes deste estudo.

3.2.2 Implicações da DPOC nas necessidades humanas básicas

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiu outra área temática - implicações da doença nas necessidades humanas básicas (NHB). As implicações da DPOC nas necessidades humanas da pessoa são várias, isto porque a DPOC, muito embora seja uma doença pulmonar implica uma série infindável de alterações não só a este nível como a nível sistémico, nomeadamente alterações cardiovasculares, músculo-esqueléticos, metabólicos, entre outras (Menoita e Cordeiro, 2012). Sabemos que é uma patologia que condiciona as pessoas quer na execução de tarefas mais complexas bem como na execução de tarefas mais simples do seu dia-a-dia, como por exemplo escovar os dentes, subir um lance de escadas, entre outras.

Durante as entrevistas foram relatadas várias situações que enquadraram nos princípios subjacentes à teoria de Virgínia Henderson. Para esta teórica a saúde é avaliada pela capacidade da pessoa desempenhar as NHB sem necessitar de auxílio, ou seja relacionando-a com independências, definindo 14 atividades, entre elas, respirar normalmente, dormir e descansar, comer e beber de forma adequada, entre outros.

Na análise de conteúdo emergiram as categorias apresentadas no quadro 7.

Quadro 7 - Implicações da DPOC nas necessidades humanas (Síntese).

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Respirar normalmente	X					X	X	X	X
Movimentar-se e manter postura	X	X	X					X	X
Dormir e descansar							X	X	
Vestir-se e despir-se								X	
Trabalhar		X		X	X	X	X	X	X
Jogar e participar	X							X	

Respirar normalmente é a primeira das catorze NHB enumeradas por Virgínia Henderson na sua teoria, sendo também uma das categorias mais enumeradas pelos entrevistados. Cinco dos entrevistados referiram em algum momento da entrevista que uma das implicações da DPOC passa por não conseguir respirar normalmente ou adequadamente:

E1- Eu não posso fazer nada que abafo logo, é logo uff uff uff.....
uma pequena coisa e fico logo a arfar...

E6 - ... Se esforçasse um bocadito já se sabia [Falta de ar] ...

E7 - ...muita má respiração...

E8 - ... era só assim aquela impressão, falta de ar...

E9 - ... mas tinha uma respiração que toda a gente notava, uma respiração muito aflita.

Embora não o expressem de forma clara, os cinco entrevistados referem através de expressões claras que a dispneia e as dificuldades respiratórias têm implicação nas NHB. Ou seja, reconhecem que a *falta de ar* os condiciona de forma evidente em respirar adequadamente e, muitas vezes tal como afirma um entrevistado, mal começa a realizar alguma tarefa fica de imediato com uma respiração anormal, facto que é concordante com os efeitos desta patologia na vida diária da pessoa, pois a dispneia é o seu principal sintoma, condicionando de forma clara a respiração da pessoa.

Movimentar-se e manter postura correta foi também uma das NHB referenciada por cinco das pessoas que participarem neste estudo. Pressupõe-se que as pessoas no seu dia-a-dia se mobilizem de forma constante para executar as suas tarefas, por mais simples que sejam. Contudo, por se apresentarem frequentemente com falta de ar ou mesmo por receio de agravamento da dispneia, esta atividade encontra-se comprometida tal como nos foi referido por cinco participantes, levando a um maior sedentarismo:

E1 - Não me posso derrear que às vezes posso cair, parece que tudo me vai embora.... Fico tonto completamente é isso.... E não faço nada.... É conforme disse não posso fazer nada porque fico logo...,

E2 - Se for ao subir é que é pior um bocadinho, mas ao descer em chão (piso plano) não há perigo.

E3 - É quando subo umas escadas ou ando mais depressa um bocadinho canso-me....

E8 - cansava-me muito... Não me podia abaixar...

E9 - ... eu queria ir a acompanhar os outros a passo e ia ficando para trás...

De uma forma geral os participantes neste estudo referem de forma clara que muitas vezes se encontram condicionados fisicamente para efetuar qualquer tipo de atividade. Para eles subir um lanço de escadas, acompanhar alguém a caminhar ou até mesmo o simples facto de se inclinarem para pegar algo do chão lhes causa falta de ar e tonturas.

É do conhecimento geral que os impactos físicos da DPOC são vários, sendo também verdade que quanto maior o grau da doença maior serão estes mesmos impactos. Desta forma, podemos aferir mais uma vez que pela descrição destes relatos e pelos dados da situação clínica dos participantes, que estamos perante pessoas com graus de gravidades da DPOC elevados, com níveis de condicionamento físicos elevados.

Dormir e descansar foi também uma das NHB referenciadas pelos entrevistados quando questionados sobre as implicações da DPOC na sua qualidade de vida. Para uma melhor

interpretação desta categoria devemos considerar que a perspetiva do entrevistado relativamente a esta implicação da DPOC foi antes de iniciar a VNI.

Posto isto, apenas dois entrevistados afirmaram que se sentiram afetados pela doença, no que se refere ao sono e ao descanso:

E7 – Dormia [mal], acordava muitas mais vezes de noite... [Filha]

E8 - ...eu acordava às vezes de 2 em 2 horas...

O facto de apenas dois entrevistados afirmarem alteração nesta NHB, pode dever-se à idade dos participantes, que pertencem às faixas etárias mais elevadas, ou seja, grande parte da população mais envelhecida já se encontra condicionada nesta NHB, quer pela própria idade quer por outras comorbilidades associadas. De salientar o caso de um entrevistado que considerava que o seu padrão de sono era normal, havendo a necessidade da filha intervir afirmando que na realidade ele acordava várias vezes durante a noite.

Vestir-se e despir-se foi uma NHB também referida como algo que se encontrava condicionado pela patologia. Contudo apenas um entrevistado referiu que sentia dificuldades em vestir-se ou despir-se:

E8 - ...não me podia calçar...

Segundo Soares (2012, p.173) “Vestir e calçar são atividades que exigem muito esforço e posições que podem ser desencadeadoras de dispneia. Este facto impede que a pessoa com DPOC seja independente, nesta atividade que todos os dias é necessário realizar”.

Sabemos que por ser uma doença com componente pulmonar e componente extrapulmonar, as implicações que acarreta são variadas e afetam a vida da pessoa, permitindo um declínio físico, condicionam de forma negativa a sua qualidade de vida. Segundo a autora supracitada a pessoa com DPOC tem comprometimento na sua capacidade para a realização de tarefas, mesmo que simples, levando à dependência. De uma forma geral esta patologia condiciona mesmo pequenas atividades do dia-a-dia da pessoa como escovar os dentes ou mesmo vestir-se e despir-se.

No entanto, apenas um participante referiu que esta patologia o condicionava na simples tarefa de se calçar. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de alguns dos entrevistados se já encontrarem dependentes nesta NHB devido à idade, ou pelo facto de não possuírem a capacidade de perceberem ou percecionarem o impacto que esta doença acarreta no seu dia-a-dia, condicionando-os na sua autonomia e independência.

Relativamente ao **Trabalhar** sete dos participantes do estudo consideraram que a doença lhes afetou o seu desempenho no trabalho ou até mesmo nos seus afazeres domésticos.

E2 - Agora não trabalho, enquanto podia fazer o que podia fazia, agora não posso fazer nada....

E4 - É assim, ela quando começou a aparecer a doença, ela já não fazia trabalhos pesados não é, mas a vida doméstica fazia, fazia o almoço, fazia a higiene dela, fazia a vida doméstica fazia toda...Agora precisa de ajuda [Filha].

E6 - Foi logo inválido.... Em casa andei muito tempo que não fazia nada, depois comecei a fazer qualquer coisita, a rachar um bocado de lenha pro fogão...

E7 - Muitas, muitas [implicações] ... Deixei de trabalhar, deixei de puder fazer os meus exercícios de qualquer maneira [trabalhar no quintal] ...

E8 - ...tenho lá um quintalzinho, ia até ao fundo do quintal, para baixo ia mais ou menos para cima tinha que para aí uma 4, 5, a 6 vezes...

E9 - ... não adiantava procurar emprego nenhum principalmente naquela altura tinha que fazer esforço físico, como é que ia fazer esforço físico se nem andar conseguia...

Através destes excertos podemos observar que foi nesta NHB que os entrevistados mais identificaram o impacto desta patologia no seu dia-a-dia e na sua profissão. Reconhecem que à medida que a doença se ia instalando tiveram que deixar de trabalhar, recorrendo à reforma antecipada (E6, E7). Noutros casos já se encontravam reformados, mas ainda faziam trabalhos domésticos e que devido ao aparecimento dos sintomas foram perdendo capacidade para essas atividades instrumentais (arrumar a casa, cozinhar, reparar, jardinar, etc.) (E2, E4).

Segundo Melo (2017) grande parte das pessoas, devido aos sintomas, exacerbações e hospitalizações são obrigados a longos períodos de afastamento dos postos de trabalho e recurso a baixas médicas. Muitas vezes, perante graus de severidade mais elevados, os afastamentos temporários podem mesmo tornar-se definitivos levando à reforma antecipada. É claro que isto acarreta implicações económicas não só para a pessoa como para o seu agregado familiar, levando a alterações e adaptação do estilo de vida, sendo que quando o contexto socioeconómico anterior à doença já era desfavorecido, pode levar a situações de precaridade ou de pobreza.

Jogar e participar esta categoria surge das seguintes unidades de registo:

E1 - ... uma voltinha de manhã, depois à tarde assento-me um bocado a ver televisão um bocadito e pronto é assim... É sentado

E8 - ...eu não era senhor de às vezes ir assim a um lado qualquer assim [passear] e tinha de parar porque não aguentava, assim cansado...

Dois participantes neste estudo referiram que se encontravam limitados pelos sintomas da patologia quando gostariam de se manter socialmente ativo, participar em atividades lúdicas e recreativas ou passear. Segundo Melo (2017) devido à dificuldade de movimento as pessoas com DPOC ficam, tendencialmente, confinados ao espaço doméstico, ou seja, mais sedentários, promovendo uma redução da vida social e consequentemente o isolamento relativamente ao exterior e ao convívio.

Além disso, perante a necessidade de utilização de oxigenoterapia e/ou VNI, as pessoas veem a sua autonomia ainda mais reduzida, uma vez que estas terapias contribuem positivamente para a sobrevivência da pessoa, mas negativamente para a sua mobilidade, reduzindo a sua qualidade de vida e das suas famílias que normalmente estão encarregues de assegurar a supervisão permanente do funcionamento dos equipamentos (Melo, 2017).

Pontes (2016) afirma que com o aparecimento da doença crónica advém uma mudança, havendo a necessidade de muitas vezes a pessoa aprender a conviver com limitações e dificuldades numa nova realidade de carências e de insatisfação consigo próprio e com o seu contexto social.

Nos resultados do nosso estudo, verificamos que grande parte dos entrevistados relatam que as principais limitações e implicações no seu dia-a-dia advém dos sintomas que esta patologia acarreta. Corroborando com isto, Melo (2017, p.65) afirma que,

“devido aos sintomas de falta de ar, cansaço, intolerância ao esforço e exacerbações, a DPOC tem impactos físicos (limitações, incapacidade, mudanças corporais); funcionais (oxigenoterapia, ventiloterapia); económicos (reforma antecipada, desemprego, reorganização); psicológicos (ansiedade, depressão) e sociais (isolamento social)”.

Para estas pessoas, com este tipo de sintomas todas as atividades significam um grande esforço para as pessoas e a um ritmo mais lentificado, como por exemplo: tomar banho, pegar em pesos, vestir, despir, calça, andar curtas e longas distâncias, subir escadas (Soares, 2012). Além disso, Gardiner [et al.] citado por Melo (2017) reconhece que existe vários impactos psicológicos da DPOC provocados pela vivência da pessoa de fortes emoções negativas como o medo, a ansiedade e o pânico, sendo que todas estas limitações de certa forma conduzem também ao sofrimento e tristeza, quer pela perda de autonomia no seu dia-a-dia, quer pelo facto de ficarem dependentes de terceiros, sentindo-se “fardos” para os cuidadores e familiares.

3.2.3 Tratamento com a Ventilação Não Invasiva

A análise desta área temática permitiu conhecer, na perspetiva dos participantes, quais os constrangimentos e os efeitos que os mesmos sentiam quando realizavam ventiloterapia,

assim como conhecer a sua adesão a este mesmo tratamento. Deste modo, contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias que apresentamos no quadro 8.

Quadro 8 - Aspetos relacionados ao tratamento com a VNI (Síntese).

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Constrangimentos	Ausentes	X					X			
	Presentes		X	X	X	X	X	X	X	X
Efeitos	Negativos		X	X					X	
	Positivos	X	X		X	X	X	X	X	X
Adesão à VNI		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Relativamente a esta área temática emergiu uma categoria que designamos por **Constrangimentos**. Após analisar de forma exaustiva emergiram duas subcategorias: Ausentes ou Presentes, onde se enquadram as falas dos participantes.

Verificamos que apenas dois participantes não demonstraram sentir constrangimento pelo uso constante da VNI (**Ausentes**):

E1 - Não me chateia nada... Adaptei-me bem a ela, já a usava aqui [internamento] e depois até foi esta que foi comigo para baixo [casa]
...

E6 - Não me chateia porque aquilo é um aparelho fácil...

Contudo, um dos entrevistados (E6), apesar de não considerar a existência de problemas com a VNI, no decorrer da entrevista enumerou um desconforto percebido relativamente ao aparelho:

E6 - Arde os olhos às vezes, mas isso é normal que a máscara tapa assim um bocado... mas isso é só de manhã quando eu acordo.

Sete dos participantes referem efetivamente que este tipo de tratamento acarreta alguns constrangimentos (**Presentes**):

E2 - ...faz-me um bocadinho de confusão ...

E3 - Andar com aquilo a apertar-me a cara... Porque se não, ela começa-me a sair o ar pelos lados, pelos plásticos que tem e depois eu aperto mais um bocadinho...

E4 - Aperta-me aqui a cara... Tenho que por bastante Nivea...

E5 - O que me chateia mais é ela apertar-me o nariz...

E7 - Os primeiros três meses uiiii. Muito difícil, inchava-me o estômago...

E8 - ...faz-me secar muito a boca...

E9 - ...custou-me os olhos da cara e custou o nariz... Sim, sim aquela aflição de secura... o mais constrangedor é portanto o incómodo da fixação... por mais que a gente queira tem sempre uma fuga, ou então aquele desespero de estar ali apertado por todos os lados e mesmo assim, mesmo assim tem fuga na mesma, não sei porquê...

Percebemos que, de uma maneira geral os participantes deste estudo apresentam algum tipo constrangimento referente à utilização da VNI. Verificamos também que, por vezes, este desconforto era mais evidente no início da sua utilização, quando este tipo de tratamento lhes foi instituído, sendo que à medida que se habituavam a ele, esses desconfortos iam diminuindo:

E2 - ... Eu ao primeiro custou-me a habituar...As primeiros duas três noites não dormi a bem dizer nada...

E3 - Ao primeiro custava-me muito, mas agora...

E7 - Ao início os primeiros três meses foi difícil... ao início foi o descontrolar da respiração...

Esta modalidade de tratamento permite, manter trocas gasosas em níveis funcionais, facilitar a ventilação alveolar, diminuir o trabalho respiratório, diminuir a dispneia, entre outros. Contudo, como qualquer tratamento, também apresenta alguns efeitos adversos. Os participantes deste estudo foram referindo alguns deles, como verificamos anteriormente, indo de encontro aos autores Ferreira [et al.] (2009) que nomearam a congestão nasal, a secura das mucosas, a úlcera de pressão no nariz, a distensão gástrica, a conjuntivite, entre outras, como possíveis constrangimentos da utilização da VNI. Segundo Morais e Queirós (2013), as principais dificuldades sentidas pelas pessoas com DPOC que realizam VNI domiciliária, que poderão levar à não adesão, são essencialmente, o desconforto causado pela máscara, os ruídos do ventilador, a intolerância à máscara e ao ventilador e a falta de conhecimentos.

Na categoria **Efeitos** emergiram duas subcategorias, efeitos **negativos** e **positivos**.

Verificamos que três dos participantes não sentem melhorias com a utilização da VNI como modalidade de tratamento para a DPOC:

E2 - Mas ou menos a mesma coisa....

E3 - Acho que fiquei pior... Agora sinto-me mais cansado, agora tenho muita falta de ar... quando me levanto é que eu tenho...

E8 - É igual, porque eu dormia bem... acordo igual, mas não é por causa da máscara... não senti diferença...

Relativamente aos efeitos positivos da VNI, as unidades de registo são as seguintes:

E1 - Ficamos sempre com a respiração melhor, o nariz entupia-se muito e agora não se me entope com aquela coisa do ar... Ando bem...

E2 - Está melhor... Sim, ele até agora estava sempre na cama durante o dia... Agora não. Ele nunca mais foi para a cama de dia [Filha].

E4 - Fico bem, ando bem...

E5 - Acordo bem... acordo assim mais aliviado embora assim mais um bocado tonto, mas melhor... Tinha muita tosse de manhã, e agora essa tosse já não tenho... um bocadinho pouco quase nada e pronto... já consigo andar até mais depressa um bocado... eu antes de começar este oxigénio [VNI] doía-me muito a cabeça, sentia assim umas picadelas na cabeça... agora melhorou, agora nem uma quarta parte se quer.

E6 - ...passado um mês ou dois já não me sentia assim tão [cansado] ... Acordo sempre bem... nem me dói a cabeça não me dói nada...

E7 - ...neste momento ora bom eu estou assim a respirar muito mal e assim que meto aquilo [VNI] começo a sossegar, a sossegar... Depois meto-o, deito-me, Fico ali um bocadinho sentado a relaxar um bocado, depois deito-me começa a acalmar...

E8 - Acordo bem...

E9 - ... quando vejo que estou assim mais aflito e o uso vejo que é benéfico, portanto é porque algum efeito tem...

A DGS refere que pelo menos em algumas pessoas a VNI melhora a qualidade de vida e diminui o número de internamentos. A VNI na DPOC surge assim com o objetivo de correção das alterações dos gases (CO_2 e O_2) no sangue assim como a diminuição do trabalho respiratório, a sincronia respiratória e o conforto das pessoas (Portugal, 2015).

Podemos referir que na sua maioria os participantes deste estudo percecionam o uso de VNI de forma positiva. Enumeram uma série de benefícios, como por exemplo a diminuição do cansaço, da tosse, da falta de ar, das cefaleias, e referem ainda que sentiram uma melhoria na qualidade do sono. Estes resultados vão de encontro ao estudo levado a cabo por Morais e Queirós (2013) no qual os benefícios percecionados pelas pessoas com DPOC a efetuar VNI são: redução da fadiga, melhoria do sono, aumento da força, diminuição da dispneia, aspeto melhorado, redução de cefaleias.

Adesão à VNI, esta categoria permite-nos conhecer, na visão dos participantes, qual o seu nível de adesão à VNI. As unidades de registo que emergiram desta categoria foram:

E1 - Sim faço, faço tudo... Sempre...

E2 - Cumpro sempre... Cumpro tudo o que eles mandam... Toda a noite com ela.

E3 - faço sempre...

E4 - Faz, faz, faz, sim [Filha].

E5 - Sempre sempre. O que me disseram eu faço sempre tudo direito.

E6 - Sempre, sempre...

E7 - Posso tirar ali uns escassos minutos para ir a casa de banho... Posso fazer mais mas menos é difícil.

E8 - Sim, sim.

E9 - Cumpro, cumpro...

Quando questionados se cumpriam o plano terapêutico referente à utilização de VNI as respostas foram unânimes, verificando-se que a totalidade dos participantes afirmaram cumprir o respetivo plano instituído. Neste caso podemos inferir que neste estudo a taxa de adesão à VNI, na perspetiva dos participantes deverá rondar os 100%. Segundo Anne e Constance, citado por Silva [et al.] (2010b) a taxa de adesão à VNI ronda os 60 a 80%. Segundo Kornusky e Schub (2017) a iniciação da VNI falha em aproximadamente 10% das pessoas, e a adesão a longo prazo à VNI não é o ideal, não havendo, contudo, dados estatísticos, levando esta inadaptação e consequentemente não adesão da pessoa à VNI a consequências clínicas e sociais graves, nomeadamente as agudizações (Carvalho [et al.], 2011).

Analisando os dados clínicos dos participantes (Quadro 4), percebemos que a média da taxa de adesão à VNI ronda os 88%, ou seja, encontra-se ligeiramente acima do referido nos estudos anteriores.

Destes resultados podemos retirar várias ilações, pois como já verificamos encontramos-nos perante uma amostra envelhecida, estando muitas vezes ao encargo dos cuidados de familiares e cuidadores, sendo estes os responsáveis pela colocação e remoção das máscaras, assim como de cumprimento do plano terapêutico. Corroborando com isto, Morais e Queirós, 2013 afirmam que a família desempenha um papel importante na vida de uma pessoa com a doença crónica, sendo esta também apontada como o principal apoio ao desenvolvimento das tarefas inerentes à implementação das modalidades terapêuticas a que a pessoa com DPOC está sujeita, nomeadamente, a VNI e consequentemente à sua adesão. Também, Bugalho e Carneiro, citado por Dias [et al.] (2011) consideram que o envolvimento das pessoas e familiares ou cuidadores informais têm-se mostrado eficazes na adesão ao regime terapêutico, sendo a comunicação entre as partes o ponto principal e essencial para este aumento.

Ainda, segundo Silva [et al.] (2010b) a taxa de adesão tem vindo a ser discutida por inúmeros autores, havendo, no entanto, diferenças entre eles, podendo esta diferença estar relacionada com os diferentes contextos sociais ou mesmo com as diferentes modalidades de VNI. Assim, verificamos que, embora não esteja descrito em todos os processos clínicos dos participantes o seu grau da DPOC e os participantes neste estudo não possuam esse conhecimento, estamos perante vários casos de gravidade elevada, havendo por isso uma necessidade evidente do uso da VNI considerando que grande parte dos entrevistados apresentam benefícios com a sua utilização.

Contudo, podemos concluir que ainda não estamos perante uma taxa de adesão ideal ou mesmo perante uma familiarização adequada com o aparelho por parte dos entrevistados, pois a maioria refere sentir ainda alguma dificuldade ou constrangimento. Segundo Morais e Queirós (2013), as principais dificuldades sentidas pelas pessoas com DPOC que realizam VNI domiciliária, que poderão levar à não adesão, são essencialmente, o desconforto causado pela máscara, os ruídos do ventilador, a intolerância à máscara e ao ventilador e a falta de conhecimentos. Assim, cabe aos profissionais de saúde, principalmente ao EEER contribuir no sentido de diminuir os obstáculos e dificuldades sentidas pelas pessoas para aumentar de forma efetiva o nível de adesão a esta modalidade de tratamento. Morais e Queirós (2013), no seu estudo constataam que os vários grupos amostrais atribuem ao enfermeiro funções e intervenções cruciais, quer a nível da informação como o ensino, instrução e treino quer a nível da adaptação à máscara e ventilador.

3.2.4 Programa de reabilitação respiratória associada à patologia

Nesta área temática procurou-se conhecer, se os participantes se encontram a realizar ou já realizaram algum PRR e quais os efeitos que percecionaram com os mesmos, ou esperavam com a integração nesses programas. Assim, da análise de conteúdo emergiram as categorias e subcategorias, como consta no quadro 9.

Quadro 9 - Programas de reabilitação respiratória associado à patologia (Síntese).

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Realizado	Sim						X	X		X
	Não	X	X	X	X	X			X	
Efeitos	Sentidos						X	X		X
	Esperados				X	X			X	

A categoria **Realizado** PRR emergiu quando questionados os entrevistados se se encontravam a realizar algum tipo de programa de reabilitação respiratória ou se, em algum momento o tinham feito, surgindo duas subcategorias: **Sim** e **Não**.

Apenas dois participantes afirmaram que já realizaram este tipo de programa, contudo não se encontravam em PRR no período em que decorreu o estudo, tal como demostram as seguintes unidades de registo:

E7 - Já fez varias vezes [fisioterapia] ... Andar no tapete, andava de bicicleta, fazia os outros exercícios respiratórios... A respirar, ela ensinava a respirar primeiro, era a primeira coisa... depois os movimentos com a cabeça, com os braços... Aí ela fazia-nos um mês, era um mês de cada vez...

E9 - ... fiz uma altura, gostava de fazer fisioterapia respiratória, só que primeiro preciso das credenciais... Uma enfermeira era sempre a mesma, ou então eram duas enfermeiras mas faziam sempre no mínimo um quarto de hora 20 minutos...

Um entrevistado refere ter realizado um programa de reabilitação relacionado com a patologia respiratória aquando do seu diagnóstico em França, onde se encontrava imigrado:

E6 - Não, não... Não aqui nunca teve... (Apenas realizou em França) ...Em França sim vinha uma enfermeira que vinha de 3 em 3 meses que vinha lá a casa, trazia um aparelho para controlar a respiração...

Os restantes seis entrevistados referem nunca terem feito qualquer tipo de programa de reabilitação respiratória relacionada com a DPOC:

E1 - Não estou a fazer... Nunca fiz

E2 - Não... [referindo-se ao momento atual] ...Não, não. [referindo-se ao passado]

E3 - Não, não faço... [referindo-se ao momento atual] ...Não, não. [referindo-se ao passado]

E4 - Não, não, nunca fez.

E5 - Não, não, nunca tive nada disso.

E8 - Não, não...

Destes resultados podemos concluir que nenhum entrevistado se encontrava à data das entrevistas a realizar reabilitação respiratória, que seis destes participantes nunca realizaram qualquer tipo de programa e um realizou um PRR no seu país de imigração.

Segundo Sanches [et al.] (2017) a Reabilitação Respiratória afirma-se como uma mais-valia na abordagem à pessoa com alterações do padrão respiratório, prevenindo e

combatendo a deficiência para minimizar a incapacidade e desvantagem, melhorando assim a qualidade de vida e devolvendo autonomia à pessoa, sendo parte integrante de um processo de reabilitação. Simão (2017) refere que a reabilitação respiratória, a redução do número de exacerbações, as idas ao serviço de urgência, as hospitalizações e até duração das mesmas, assumem um forte impacto sobre os custos relacionados com esta doença crónica.

Já McCarthy [et al.] (2015) após uma meta análise a 65 estudos concluíram que a reabilitação como parte do espectro do tratamento para pessoas com DPOC está fortemente aconselhada e deve incluir, pelo menos, quatro semanas de treino físico, afirmando ainda que é possível encontrar melhorias clinicamente e estatisticamente significativas em domínios importantes da qualidade de vida relacionada à saúde.

Em síntese os resultados deste trabalho vão de encontro a um inquérito realizado em 2014 pela Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, onde contatam que menos de 0,5% das pessoas com indicação para reabilitação respiratória têm acesso a ela (Guimarães, 2017). Contudo, a DGS normaliza que a reabilitação respiratória, juntamente com outras medidas devem ser implementadas as pessoas com DPOC (Portugal, 2013b). Se a isto acrescentarmos o facto de estes participantes se encontrarem a realizar VNI em domicílio, com uma necessidade acrescida de apoio, ensinamentos, supervisão, no sentido de melhorar a sua condição de saúde e ultrapassar os constrangimentos sentidos e expressos, verificamos que efetivamente existe uma falha acentuada no acesso destas pessoas e este bem maior.

Relativamente aos **Efeitos** de um PRR, na análise dos relatos dos participantes emergem duas subcategorias: **Sentidos e Esperados**. Esta última subcategoria surge pelo facto de a maior parte dos entrevistados nunca terem realizado nenhum tipo de programa de reabilitação, enumerando apenas aquilo que para eles seria exetável perceberem mediante um programa deste tipo.

Três participantes apresentaram a sua perceção sobre os PRR, sendo que dois realizaram este PRR no passado e um deles realizou em França, onde esteve imigrado.

E6 - Sentia que fazia falta, que ela o mínimo quando vinha era sempre uma hora passada que estava sempre, a explicar as coisas a respirar fundo como isto aquilo...É, aquilo era importante... não me importava de ir lá [fazer um PRR].

E7 - Fico melhor!... Eu gostava muito de fazer!... Sentia-me mais capaz... Faziam-me bem, ... eu gostava muito de ir, que eu cheguei a fazer dois meses seguidos porque lhe pedi,... sentia-me a ficar melhor e pedi... Quando fico mais aflito ensinam a respirar...

E9 - ... A libertar a expetoração portanto a forçar os brônquios a mandarem a “lixeira” [expetoração] cá para fora e depois a gente até se sente bem....

Três participantes, que nunca tinham realizado este tipo de tratamento, manifestaram a sua opinião sobre as suas expectativas em relação a um PRR:

E4 - Ai isso era bom claro... A gente quer sempre o melhor para eles [Filha].

E5 - Eu acho que tudo faz jeito, tudo faz falta ... Eu acho que se é para curar é uma mais-valia, eu acho que é, é tudo mais-valia pois... já por isso essas coisas existem.

E8 - Eu acho que não [sobre os benefícios dos PRR] ...

Analisando estas últimas referencias dos entrevistados verificamos que um deles e a filha de um outro acreditam que seria uma mais-valia a realização deste tipo de PRR. No entanto, um entrevistado afirma não necessitar deste tipo de programa de reabilitação, muito embora nunca o tenha vivenciado.

De salientar que os três entrevistados que puderam usufruir em algum momento de um PRR demonstram agrado e sentiram melhorias aquando da sua realização. Segundo Sanches [et al.] (2017), a reabilitação respiratória surge como uma possível alternativa terapêutica para recuperar a condição clínica de fraqueza muscular inspiratória e limitações na mobilidade toraco-abdominal, observada em pessoas com DPOC, caracterizando-a como um recurso adicional na reabilitação geral da pessoa.

É importante salientar, ainda, que segundo vários autores (Cordeiro e Menoita, 2012; McCarthy [et al.], 2015) um PRR engloba uma série de aspetos para além da RFR, tal como treinos de exercícios, intervenção psicossocial, intervenção nutricional educação e mudança de comportamentos com o intuito de melhorar a condição física e psicológica da pessoa assim como promover a terapia a longo prazo para melhorar a saúde.

Bryant [et al.] (2013) refere ainda que para um controlo adequada da DPOC, existem múltiplas orientações, nomeadamente farmacológicas, mas não menos importantes as intervenções não-farmacológicas (reabilitação respiratória, orientações sobre o estilo de vida e técnicas de autogestão), na tentativa de uma progressão lenta da doença, assim como redução das exacerbações e aumento da qualidade de vida.

Em síntese verificamos que reabilitação respiratória está assim muito longe de atingir números ideais relativamente a esta patologia, abrangendo apenas uma parte muito reduzida de pessoas com DPOC.

Por tudo isto, cabe a todos os profissionais de saúde divulgar e promover o conhecimento sobre os benefícios da Reabilitação Respiratória, incentivando todas as pessoas com

DPOC à realização deste tratamento que de uma forma geral acarreta um conjunto de benefícios e vantagens quer para a pessoa, quer para a família, quer para a sociedade. Segundo o Regulamento 392/2019 o avanço no conhecimento requer que o EEER incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, o EEER desempenha um papel crucial na conceção e implementação de programas de treino respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde, mas também deverá conceber sessões com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão da doença (Regulamento 392/2019).

Já Morais e Queirós (2013) afirmam no seu estudo que os vários grupos amostrais atribuem ao enfermeiro funções e intervenções cruciais, quer a nível da informação como o ensino, instrução e treino. Desempenhando estes profissionais um papel fundamental para o aumento da adesão ao tratamento e controlo da doença.

CONCLUSÃO

Atualmente verificamos um aumento acentuado do número de patologias crônicas, incluindo as do foro respiratório como a DPOC, essencialmente devido aos avanços científicos dos últimos anos que permitiram de certa forma um aumento da esperança de vida da população mundial. No entanto, este aumento de tempo de vida, normalmente associado a um conjunto de doenças e comorbilidades, traduz-se numa diminuição da qualidade de vida das pessoas nas idades mais avançadas.

Foi neste contexto que emergiu o tema deste trabalho de investigação, corroborado através de uma extensa revisão bibliográfica que permitiu identificar lacunas no que considera os níveis de adesão e os fatores relacionados com a adesão à VNI. Através da identificação dos vários fatores que interferem na adesão da pessoa com DPOC à VNI, o EEER, pelas suas competências e áreas de intervenção, assume funções essenciais relativamente ao nível de adesão, fatores condicionantes e acesso à PRR, com a finalidade de melhorar o sucesso do tratamento, proporcionando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010).

Nesse sentido, este capítulo apresenta as conclusões deste trabalho de investigação, assim como as suas limitações e sugestões de investigação futuras na procura contínua pela prática de enfermagem de excelência.

Participaram neste estudo nove pessoas com o diagnóstico de DPOC a realizar VNI no domicílio, seguidos em consulta de pneumologia. Predominam elementos do sexo masculino (oito pessoas) e maioritariamente com idades acima dos 70 anos. Relativamente às habilitações literárias verificou-se que na sua maioria não possuem escolaridade ou possuem apenas a 4ª classe (de acordo com o sistema de ensino antigo).

Considerando como ponto de partida o objetivo geral deste estudo, onde se pretende conhecer os principais fatores que interferem na adesão terapêutica das pessoas com DPOC à VNI realizada no domicílio, e a sua fundamentação teórica, é possível concluir, que, de uma maneira geral todos participantes apresentam algum tipo de constrangimento referente à utilização da VNI, nomeadamente congestão nasal, secura das mucosas, úlcera de pressão no nariz, distensão gástrica, conjuntivite, entre outras.

Verificou-se ainda que três dos participantes referiram que estas dificuldades eram mais evidentes no início da utilização deste tipo de tratamento. Assim, é possível inferir que se verifica um acompanhamento inadequado destas pessoas numa fase da implementação desta técnica, podendo condicionar o seu nível de adesão.

Contudo, foi possível concluir que oito dos nove participantes reconhecem efeitos positivos da utilização da VNI na estabilização e tratamento da sua patologia, destacando vantagens

como a diminuição do cansaço, da tosse, da falta de ar, das cefaleias, e ainda uma melhoria na qualidade do sono.

Relativamente à adesão foi possível concluir que quando questionados se cumpriam o plano terapêutico referente à utilização de VNI as respostas foram unânimes, verificando-se que a totalidade dos participantes afirmaram cumprir o respetivo plano instituído. No entanto, estas respostas quando confrontadas com os dados médicos do processo clínico permitiu verificar que a média de adesão à VNI destes participantes rondava os 88%. Este valor, considerado um valor elevado, encontra-se ligeiramente acima do encontrado em outros estudos, não sendo, no entanto, o ideal.

Se assumirmos que a maioria dos participantes referem algum tipo de desconforto ou constrangimentos, verificámos que existe margem de atuação dos profissionais de saúde, especialmente o EEER, quer a nível da informação como o ensino, instrução e treino, quer a nível da adaptação à máscara e ventilador, no sentido de reduzir ou eliminar estes incómodos, resultando numa maior taxa de adesão à VNI e, consequentemente, a todos os benefícios que este tratamento acarreta. Tal como refere Kornusky e Schub (2017), é importante reforçar que as pessoas com DPOC aderem mais facilmente ao regime de tratamento prescrito se acreditarem que a adesão irá melhorar o controlo da doença e que a não adesão podem advir resultados nefastos.

Este trabalho de investigação permitiu ainda identificar e concluir que praticamente a totalidade dos participantes não demonstram conhecimentos apropriados relacionados com a patologia, nomeadamente sobre os principais fatores de risco, os sintomas, como poderão preveni-la e evitar ou atrasar a sua evolução.

Os resultados deste estudo demonstram, ainda, que existe um conjunto de implicações desta patologia no dia-a-dia da pessoa, nomeadamente nas principais NHB como vestir e despir, caminhar, dormir, entres outras, sendo que praticamente a totalidade das pessoas da amostra referiu o *trabalhar* como a atividade que mais se encontra condicionam pela sua condição física. De salientar que a maioria já se encontra aposentada, contudo referem que se encontram condicionados na execução de tarefas domésticas e lúdicas do seu quotidiano.

Atualmente os sistemas de saúde tendem a caminhar para cuidados baseados na evidência, no entanto, quer a ciência quer a prática baseada na evidência demonstram benefícios claros da reabilitação respiratória, em particular na DPOC. Isto, traduz-se numa redução de sintomas como a dispneia e fadiga, melhoria da funcionalidade, aumento da qualidade de vida, aumento da autoeficácia e conhecimento, redução das hospitalizações, entre outros e, consequentemente, diminuição dos custos diretos com os cuidados de

saúde. Esta intervenção é sensível aos cuidados autónomos do EEER, tendo este um papel de excelência nestes cuidados, quer a nível da conceção e implementação dos programas, como na promoção da saúde, prevenção de lesões, capacitação e à autogestão. Contudo, no momento da entrevista nenhum participante se encontrava a realizar qualquer tipo de PRR e apenas três destes já realizaram este tipo de tratamento relacionado com a patologia. Estes últimos referem ainda que verificaram benefícios aquando da sua realização, sentindo que beneficiariam caso viessem a realizá-lo. Assim, torna-se imperativo realizar estudos que permitam conhecer o acesso das pessoas com DPOC aos programas de reabilitação respiratória.

Neste estudo verificamos que a maioria dos participantes apresentam dificuldades e constrangimentos relacionados com a utilização da VNI, condicionando a sua total adesão ao tratamento estabelecido, levando a perdas em saúde pelo que consideramos ser pertinente e urgente o acompanhamento destas pessoas desde que lhes é instituído a VNI pelo EEER educando, monitorizando a evolução do tratamento, assim como concebendo e implementando programas de reabilitação respiratória individualizados.

Como qualquer estudo de investigação, este apresenta limitações cuja identificação se torna uma mais-valia para novos estudos relacionados com o tema, nomeadamente, a amostra fundamentalmente composta por elementos de faixas etárias elevadas, um grau de literacia baixo e uma amostra pouco diversificada. Considera-se assim pertinente a elaboração deste estudo com outro tipo de amostragem, ou com outro instrumento de recolha de dados ou mesmo noutro contexto para perceber perspetivas diferentes.

Os resultados obtidos no âmbito deste trabalho de investigação vão futuramente ser divulgados no hospital onde este foi realizado, numa tentativa de incitar uma análise crítica-reflexiva por parte das entidades competentes com o intuito de promover uma mudança de atuação do sistema de saúde, na procura pela excelência dos cuidados e na busca em ganhos em saúde para os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANKJÆRGAARD, Kasper Linde [et al.] - Home noninvasive ventilation (NIV) treatment for COPD patients with a history of NIV- treated exacerbation; a randomized, controlled, multi-center study. **BMC Pulmonary Medicine** [Em linha]. Vol. 16, nº.1 (December, 2016). [Consult. 11 set. 2018]. Disponível em WWW:<URL:<https://doi.org/10.1186/s12890-016-0184-6>.

ARAÚJO, António - DPOC: estamos a tratar os doentes conforme o estado da arte?. **Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar** [Em linha]. Vol. 32, n.3 (junho, 2016), p. 222-226. [Consult. 08 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732016000300010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2182-5173.

BRENES, Antonio Gordillo; SESÉ, Rúben Díaz; SOTO, Lucas Picazo – Ventilação mecânica não invasiva na doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 360-377.

BRYANT, Jamie, [et al.] – Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. **Respiratory Research** [Em linha]. Vol. 14: nº. 109 (oct, 2013). [Consult. 11 dez. 2019]. Disponível em WWW:URL: <http://respiratory-research.com/content/14/1/109>.

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da – **A Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas** [Em linha]. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010. [Consult. 17 jan 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11160/1/ICS_MVCabral_PASilva_Adesao_LAN.pdf.

CÂMARA, M.; NÓBREGA J.L.; MAUL R. - Ventilação mecânica não invasiva na doença pulmonar obstrutiva crónica. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 204-213.

CARREIRO, Alexandra, [et al.] - Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. **Revista Portuguesa de Pneumologia** [Em linha]. Vol. 19, nº.3 (mai-jun, 2013) p. 106-113. [Consult. 12 dez. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.12.004>.

CARVALHO, Cláudia [et al.] – Protocolos de monitorização domiciliária. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 601-610.

COELHO, André, [et al.] - Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar** [Em linha]. Vol. 33, nº. 4 (ago, 2017) p. 262-276. [Consult. 22 mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000400004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2182-5173.

CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa – Reeducação funcional respiratória. In CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa - **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8. p. 61-115.

CORREIA, Ana [et al.] - Nursing outcome in the person with noninvasive Ventilation at home. **Journal of Aging & Innovation** [Em linha]. Vol. 2 nº1 (jan. 2013), p.63-75. [Consult. 09 jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-VNI-Domicilio.pdf>>. ISSN: 2182-6951.

DECKER, Rebecca, [et.al.] – **Global initiative for chronic obstructive lung Disease: pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevetion final: a guide for health care professionals**. [Em linha]. [s.l.]: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019. [Consult. 16 jan. 2020]. Disponível em: WWW:URL<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-DRAFT-v1.7-14Nov2018-WMS.pdf>.

DIAS, António Madureira, [et al.] – Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da Literatura. **Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health**. [Em linha]. Vol. 16, nº 40 (jun, 2011), p. 201-219. [Consult. 15 mai 2018]. Disponível em: WWW:<URL:<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228/5843>>.

DICIONÁRIO Médico. [Em linha]. [s.l.]: Dicionário Médico, 2014. [Consult. 19 mar 2019]. Disponível em WWW: <https://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/>.

ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. – Fundamentos e metodologia em VMNI. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 60-74.

FERNANDES, Alba Barros Souza - Reabilitação respiratória em DPOC: a importância da abordagem fisioterapêutica [Em linha]. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**. Vol. 1, nº. 1 (2009), p.71-78. [Consult. 18 jan. 2018]. Disponível em WWW:<URL: https://www.academia.edu/32452308/Reabilita%C3%A7%C3%A3o_respirat%C3%B3ria_em_DPOC_a_import%C3%A2ncia_da_abordagem_fisioterap%C3%AAutica.Pulmonary_rehabilitation_in_COPD_the_importance_of_the_physiotherapy_approach.

FERREIRA, Susana [et al.] – Ventilação não invasiva. **Revista Portuguesa de Pneumologia** [Em linha].Vol. XV, nº. 4 (Julho/Agosto, 2009), p. 655-667. [Consult. 05 de fevereiro 2019]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000400006 ISSN 0873-2159.

FONSECA, Clara - Como definir os objectivos e as hipóteses de um estudo?. In. **Investigação passo a passo: perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica**. Lisboa: Núcleo de Investigação da APMCG, 2008, p. 41-44.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN. 978-989-8075-18-5.

GARCIA, Telma Ribeiro (Coord.) - **Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE: Versão 2017**. Porto Alegre: Artmed, 2016. ISBN 9788582714447

GONÇALVES, Marlene Novais - **Comportamentos de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crónica em Portugal**. Lisboa: [s.n.], 2014. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada no Instituto Universidade de Lisboa.

GONÇALVES, Ricardo – Cuidados de enfermagem com a interface. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 435-442.

GUIMARÃES, Miguel – Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). In. **Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: Relatório 2017**. [Em linha]. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017. p. 70-74. [Consult. 08 jan. 2018]. Disponível em: WWW:[URL:https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf).

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar – **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: McGrawHill., 2006. ISBN 85-8680493-2.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2.

HESBEEN, Walter - **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-43-5.

INFOPÉDIA Dicionários Porto Editora. [Em Linha]. Porto: Porto Editora, 2020. [Consult. 19 mar. 2019]. Disponível em WWW: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>.

JOÃO, Anabela; GOMES, Anabela; ROCHA, Paula – Modos de ventilação não invasiva – CPAP e BINÍVEL. In ESQUINAS RODRÍGUEZ, Antonio M. - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio**. [s.l.]: GASINMédica, 2011. ISBN: 978-84-614-5831-1. p. 99-105.

KOERICH, Magda, [et al.] - Ética e Bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto – Enfermagem** [Em Linha]. Vol. 14, nº 1 (jan-mar 2005), p.106-110. [Consult. 19 fev. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>>.

KORNUSKY, Jennifer; SCHUB, Tanja - Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (COPD): Treatment Adherence.In. Pravikoff D. - **Evidencebased Care Sheet**. Glendale: Cinahl Information Systems, division of EBSCO Information Services; 2017.

LARSSON, Stefan; TOLLMAN, Peter - Health care's value problem— and how to fix it simple rules for delivering improved health outcomes at lower cost. **The Boston Consulting Group** [Em linha]. (oct, 2017), p. 1 - 44. [Consult. 25 nov. 2017]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.bcg.com/publications/2017/smart-simplicity-health-care-value-problem-how-fix-it.aspx>>.

MARINHO, Vânia; LOPES, Andrea; GÓIS, Helena- **12.º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: resumo dos dados**. [Em linha]. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017. [Consult. 07 jan. 2018]. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/12_%20relatorio_ondr_resumo_dos_dados.pdf.

MARTINS, José Carlos - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar em Enfermagem** [Em linha]. Vol. 12, nº 2 (jul-dez, 2008), p. 62-66. [Consul. 11 jun. 2018]. Disponível em: WWW:<URL: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf>.

MC CARTHY, Bernard [et al.] - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews** [Em linha], Vol. 23, nº 2 (fev, 2015). [Consult. 11 fev. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3>.

MELO, Maria da Conceição - **DPOC: (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), impactos no doente e no cuidador familiar: uma abordagem sociológica**. Lisboa: [s.n.], 2017. Dissertação de Mestrado em Família e Género apresentada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

MENOITA, Elsa [et al.] – Assistência respiratória. In CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa – **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8. p. 167 - 225.

MENOITA, Elsa; CORDEIRO, Maria do Carmo – Patologia respiratória obstrutiva: doença pulmonar obstrutiva crónica. In CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa - **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8. p. 251-276.

MORAIS, António; QUEIRÓS, Paulo - Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidador. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. III série: n.º10 (mar, 2013), p. 7-14. [Consult. 14 dez. 2017]. Disponível em: WWW: [URL:http://dx.doi.org/10.12707/RIII1227](http://dx.doi.org/10.12707/RIII1227).

NEIL, Ruth M. – Filosofia e ciência do cuidar. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, p.163-183.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Áreas de Investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação**. [Em linha]. Porto: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consult. 12 dez. 2017]. Disponível em: [www:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf >](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia orientador de boa prática: reabilitação respiratória**, Ordem dos Enfermeiros, 2018. ISBN 978-989-8444-41-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ÖRNEK, Tacettin [et al.] - Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Medical Sciences** [Em linha]. Vol 9, nº. 4 (Jun, 2012), p. 285-290. [Consult. 08 jan. 2018]. Disponível em: WWW: <[URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372934/pdf/ijmsv09p0285.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372934/pdf/ijmsv09p0285.pdf)>.

PADILHA, Miguel - **Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação**. Porto: [s.n.], 2013. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

PESTANA, Helena – Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In SOUSA, Luís; VIEIRA, Cristina – **Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4, p. 47-56.

PETRONILHO, Fernando; MACHADO, Manuela- Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In SOUSA, Luís; VIEIRA, Cristina – **Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p.3-14.

PONTES, Maria Manuela – Doença crónica. In SOUSA, Luís; VIEIRA, Cristina – **Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p.487-500.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde - **Norma nº 005/2019: Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto**. [Em linha], Lisboa: DGS, 2019. [Consult. 11 jan. 2020]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052019-de-260820191.aspx>

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde - **Norma nº 022/2011: atualizada a 11/09/2015: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2015. [Consult. 20 nov 2019]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222011-de-28092011-jpg.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – **Plano Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013a. [Consult. 17 jan 2018]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde- **Norma nº 028/2011 atualizada a 10/09/2013: Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica.** [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013b. [Consult. 11 set. 2018]. Disponível em WWW: http://gard-cplp.ihmt.unl.pt/Documentos/DPOC/diagnostico_e_tratamento_da_DPOC.pdf.

PORTUGAL. [Ministério da Saúde. Direção](#) Geral da Saúde. **Doenças Respiratórias | Desafios e Estratégias.** [Em linha]. Lisboa: DGS, 2018. [Consult. 30 ago 2019]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1094632-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>.

PRADO, Francisco [et al.] - Asistencia ventilatoria no invasiva en pediatria. **Revista Chilena de Pediatría** [Em linha]. Vol. 79, nº 6 (dez, 2008), p. 580-592. [Consult. 08 jan. 2018]. Disponível em: WWW:<URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062008000600002&lng=e&nrm=iso>. ISSN 0370-4106.

REGULAMENTO nº 350/2015. **D.R. II Série.** 119 (2015/06/22) p.16655-16660.

REGULAMENTO nº 392/2019. **DR II Série.** 85 (2019/05/03) p.13565-13568.

REIS, Gorete; BULE, Maria José – Capacitação e atividade de vida. In SOUSA, Luís; VIEIRA, Cristina – **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida.** Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4, p. 57-65.

SANCHES, Ana Lucia [et al.] - Recomendação do uso da reabilitação pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research** [Em linha]. Vol. 20, nº.1 (set-nov, 2017) p.138-142. [Consult. 06 jun 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>>.

[SANTOS, António Carvalheira, \[et al.\]](#) - **13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias:2016/2017: panorama das doenças respiratórias em Portugal: retrato da saúde 2018: o estado da saúde em Portugal.** [Em linha], Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018 [Consult. 11 nov. 2019]. Disponível em WWW<URL:<https://www.ondr.pt/files/Relatorio ONDR 2018.pd>.

SARAIWA, Paula, [et al.] - Qualidade de vida do doente submetido a ventilação não invasiva. **Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health** [Em linha]. Nº.46

(janeiro/junho, 2014) p.179-195. [Consult. 19 nov. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10400.19/2298>.

SILVA, Carlos [et al.] – A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis. **Revista Cogitare Enfermagem**. Vol. 15, nº.3 (Jul/Set 2010a), p.548-551.

SILVA, Carlos, [et al.] – Vivências da pessoa submetida a ventilação não-invasiva no domicílio. In COSTA, [et al.] – **Enfermagem de Reabilitação**. Coimbra: Formasau, 2010b. ISBN: 978-989-8269-12-6. p. 233 – 280.

SIMÃO, Paula – **Reabilitação respiratória em Portugal: será que é agora?**. [Em linha]. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017. [Consult. 08 jan. 2018]. Disponível em: WWW:<[URL:https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf](https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf).

SOARES, Maria de La Salette Rodrigues - **A pessoa com oxigenoterapia de longa duração: estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário**. Porto: [s.n.], 2012. Tese de doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

SOUSA, Clovis Arlindo [et al.] – Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo. **Revista Saúde Pública** [Em linha]. Vol.45, nº. 5 (out, 2011) p. 887-896. [Consult. 17 set. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000051>.

SOUSA, Luís; DUQUE, Helena – Reabilitação respiratória na pessoa com ventilação não invasiva. In CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa - **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-86-8. p. 211-225.

WALDOW, Vera Regina – Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico – **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo** [Em linha]. Vol. 17, nº. 1 (enero-junio, 2015) p. 13-25. [Consult. 14 jan, 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>.

WATSON, Jean. - **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures, Lusociência, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

GUIÃO DA ENTREVISTA

A Pessoa com DPOC e suporte de VNI – Adesão ao regime terapêutico

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Exmo. Sr. (a) Utente da Consulta de Pneumologia:

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver uma investigação sobre “A Pessoa com DPOC e suporte de VNI – Adesão ao regime terapêutico”.

Neste sentido solicito a sua colaboração na resposta ao questionário de caracterização sociodemográfica e à entrevista aberta semidirigida, que tem como objetivo conhecer os principais fatores que interferem na adesão terapêutica por parte dos doentes com DPOC a efetuar VNI domiciliária.

A primeira parte é constituída por uma questionário de respostas fechadas e a segunda parte por uma entrevista de respostas abertas. A informação recolhida destina-se exclusivamente ao estudo, sendo toda a informação recolhida anónima e confidencial.

Obrigada pela sua colaboração

Cristiana Pinheiro

Contactos: Telemóvel: 968353496; E-mail: crismotapinheiro@gmail.com

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Código_____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado civil: _____

Habilitações literárias: _____

Profissão: _____

Quando foi diagnosticado a doença: _____

Qual o grau de DPOC em que se encontra: _____

Faz oxigenoterapia: Não ☐ Sim ☐ Quantas horas? _____

Quando lhe foi instituída a Ventilação não invasiva: _____

Qual o plano terapêutico (VNI) prescrito: _____

PARTE II: GUIÃO DA ENTREVISTA

1. O que sabe sobre a sua doença: a DPOC?
2. Quais as implicações pessoais e profissionais da DPOC no seu dia-a-dia? E da utilização da VNI?
3. Considera que cumpre o plano terapêutico (VNI) instituído pelo médico?
4. Quais os benefícios da utilização da VNI?
5. O que considera mais constrangedor na utilização da VNI? Porquê?
6. Como se sente, no dia seguinte, quando cumpre corretamente o plano terapêutico instituído?
7. Como se sente, no dia seguinte, quando não cumpre o plano terapêutico instituído?
8. Encontra-se a realizar algum programa de reabilitação respiratória?

8.1 Se sim: **A)** Onde faz e quem são os profissionais de saúde?

B) Na sua opinião, em que sentido, esses programas de reabilitação respiratória contribuem para o controle dos sintomas e melhoria da qualidade de vida?

8.2 Se não: **A)** Já alguma vez fez? Há quanto tempo? Porquê? Onde? Quem fez?

B) Na sua opinião, em que sentido, esses programas de reabilitação respiratória contribuiriam para o controle dos sintomas e melhoria da sua qualidade de vida?

APÊNDICE 2

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Considerando as recomendações da " Declaração de Helsínquia" 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

"A Pessoa com DPOC e suporte de VNI - Adesão ao regime terapêutico"

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

_____ ,
tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no referido estudo, a ser realizado por Cristiana da Mota Pinheiro, que se encontra a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. O estudo tem como principal objetivo conhecer e elencar os fatores que interferem na adesão terapêutica do doente com DPOC à VNI e assim intervir para que seja atingida uma máxima coresponsabilidade quer do utente quer do enfermeiro de reabilitação, que posteriormente se irá traduzir em ganhos em saúde para o utente e permitir um aumento da sua qualidade de vida, permitindo um maior contacto destes utentes com programas de reabilitação respiratória.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Foi-me solicitado, ainda, a autorização para a gravação em áudio da entrevista a realizar, com o compromisso que após a minha validação será destruído o registo áudio.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Nota: Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para o participante.

Data: ____/____/2018

Assinatura do participante: _____

O investigador responsável:

Nome: Cristiana da Mota Pinheiro

Contactos: Telemóvel: 968353496; *E-mail:* crismotapinheiro@gmail.com

Assinatura: _____

APÊNDICE 3

MATRIZ FINAL DA ANÁLISE DOS DADOS

DAS ENTREVISTAS

Área temática: Conhecimento sobre a DPOC		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Patologia	Sim	E4 – É [Sobre ser uma doença crónica] ... já há muitos anos. E9 - ... sei que é uma doença crónica, quais a prevenção que tinha que ter, os limites que ela me impõe basta isso não é, generalizando quase tudo...
	Não	E2- Eu não sei nada eu não sou medico E3 - Não sei nada E5 - Da doença do pulmão se quer que lhe diga pouco sei ou nada E8 - Eu não sei nada...
Sintomas		E1 - ... quer dizer um bocadinho de falta de ar... E2 - Falta de ar tenho, um bocadito... E3 - ... às vezes falta de ar... E4 - O que sei desta doença é falta de ar mais nada. Nem febres... (quando ganho infeção pois claro), nem febre, nem tosse, nem nada... E5 - ... foi com a falta de ar que me eles me trouxeram para aqui para as consultas... Tinha o cansaço, mais cansaço assim sobre o cansaço e a falta de ar claro. E6 - Se esforçasse um bocadito já se sabia [falta de ar] ... E7 - O que sei sobre a minha doença é que estou sempre abafado... Sim começo a andar e canso-me e fico parece a respirar mal... Fico com muita má respiração. E8 - Falta de ar, que eu ia pro coisa, e depois,... cansava e era aquele cansaço que o ar que coisa mas também, falta de ar...
Fatores de risco		E7 - Antes tinha sempre esses problemas de falta de ar que a médica sempre associou a crises de bronquite, quando ele trabalha com madeiras tratadas ela dizia que era reações às madeiras tratadas [Filha] ... E6 - Acho que aquilo [DPOC] veio tudo do tabaco... e depois eu também em França..., tínhamos uma grande cuba de tratamentos de madeira, e às vezes quando aquilo faltava líquido... sem máscara... tinha que amarrar no balde deitar para a parte de cima das paletes... foi muito ano e tudo ajudou.

Área temática: Implicações da DPOC nas necessidades humanas básicas		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Respirar normalmente		<p>E1- Eu não posso fazer nada que abafo logo, é logo uff uff uff..... uma pequena coisa e fico logo a arfar</p> <p>E6 - Se esforçasse um bocadito já se sabia [Falta de ar] ...</p> <p>E7 - ...muita má respiração...</p> <p>E8 - ... era só assim aquela impressão, falta de ar...</p> <p>E9 - ... mas tinha uma respiração que toda a gente notava, uma respiração muito aflita.</p>
Movimentar-se e manter a postura correta		<p>E1 - Não me posso derrear que às vezes posso cair, parece que tudo me vai embora.... Fico tonto completamente é isso.... E não faço nada.... É conforme disse não posso fazer nada porque fico logo...,</p> <p>E2 - Se for ao subir é que é pior um bocadinho, mas ao descer em chão não há perigo.</p> <p>E3 - É quando subo umas escadas ou ando mais depressa um bocadinho canso-me....</p> <p>E8 - cansava-me muito... Não me podia abaixar...</p> <p>E9 - ... eu queria ir a acompanhar os outros a passo e ia ficando para trás...</p>
Dormir e descansar		<p>E7 – Dormia [mal], acordava muitas mais vezes de noite... [Filha]</p> <p>E8 - ...eu acordava às vezes de 2 em 2 horas...</p>
Escolher a roupa: vestir-se e despir-se		E8 - ...não me podia calçar...
Trabalhar de modo a sentir-se realizado		<p>E2 - Agora não trabalho, enquanto podia fazer o que podia fazia, agora não posso fazer nada....</p> <p>E4 - É assim, ela quando começou a aparecer a doença, ela já não fazia trabalhos pesados não é, mas a vida doméstica fazia, fazia o almoço, fazia a higiene dela, fazia a vida doméstica fazia toda...Agora precisa de ajuda [Filha].</p> <p>E6 - Foi logo inválido.... Em casa andei muito tempo que não fazia nada, depois comecei a fazer qualquer coisita, a rachar um bocado de lenha pro fogão...</p> <p>E5 - esforços tinha que andar devagar ... mas era só mais o cansaço não é porque não posso fazer isto ou fazer aquilo, fazia agora se não posso andar mais depressa andava mais devagar, mas fazia sempre as coisas</p> <p>E7 - Muitas, muitas [implicações] ... Deixei de trabalhar, deixei de puder fazer os meus exercícios de qualquer maneira [trabalhar no quintal] ...</p> <p>E8 - ...tenho lá um quintalzinho, ia até ao fundo do quintal, para baixo ia mais ou menos para cima tinha que para aí uma 4, 5, a 6 vezes...</p> <p>E9 - ... não adiantava procurar emprego nenhum principalmente naquela altura tinha que fazer esforço físico, como é que ia fazer esforço físico se nem andar conseguia...</p>
Jogar ou participar em diversas formas de recreação		<p>E1 - ... uma voltinha de manhã, depois à tarde assento-me um bocado a ver televisão um bocadito e pronto é assim... É sentado</p> <p>E8 - ...eu não era senhor de às vezes ir assim a um lado qualquer assim [passear] e tinha de parar porque não aguentava, assim cansado...</p>

Área temática: Tratamento com a VNI		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Constrangimentos	Ausentes	<p>E1 - Não me chateia nada... Adaptei-me bem a ela, já a usava aqui [internamento] e depois até foi esta que foi comigo para baixo [casa] ...</p> <p>E6 - Não me chateia porque aquilo é um aparelho fácil...</p>
	Presentes	<p>E2 - Melhor não é ... faz-me um bocadinho de confusão... Eu ao primeiro custou-me a habituar...As primeiros duas três noites não dormi a bem dizer nada mas disse não desligo, não desligo.</p> <p>E2 - faz – me um bocadinho de confusão ...</p> <p>E3 - Ao primeiro custava-me muito, mas agora...</p> <p>E3 - Andar com aquilo a apertar-me a cara... Porque se não, ela começa-me a sair o ar pelos lados, pelos plásticos que tem e depois eu aperto mais um bocadinho...</p> <p>E4 - Aperta-me aqui a cara... Tenho que por bastante Nivea...</p> <p>E5 - O que me chateia mais é ela apertar-me o nariz...</p> <p>E6 - Arde os olhos às vezes, mas isso é normal que a máscara tapa assim um bocado... mas isso é só de manhã quando eu acordo</p> <p>E7 - Os primeiros três meses uiiii. Muito difícil, inchava-me o estômago... Ao início os primeiros três meses foi difícil...</p> <p>E7 - Ao início foi o descontrolar da respiração...</p> <p>E8 - O aparelho a mim não me chateia muito, ... faz-me secar muito a boca...</p> <p>E8 - Mas isso é a primeira máscara, o que me metia [confusão] era o despegar, como tenho também um bocado de coisa [artrose nos dedos das mãos] e então dado a artrose e então eu para tirar a coisa [máscara] via me grego e enervava-me ...</p> <p>E9 - custou, custou-me os olhos da cara e custou o nariz... Sim, sim aquela aflição de segura, ter que estar a tirar, enquanto mexer os meus bracinhos tudo bem, ter que tirar para beber água, assim aquilo tem um humidificador mas não é suficiente...</p> <p>E9 - O mais constrangedor é portanto o incómodo da fixação... por mais que a gente queira tem sempre uma fuga, ou então aquele desespero de estar ali apertado por todos os lados e mesmo assim, mesmo assim tem fuga na mesma, não sei porquê...</p>
Adesão à VNI		<p>E1 - Sim faço, faço tudo... Sempre...</p> <p>E2 - Cumpro sempre... Cumpro tudo o que eles mandam... Toda a noite com ela</p> <p>E3 - faço sempre...</p> <p>E4 - Faz, faz, faz, sim [Filha]</p> <p>E5 - Sempre sempre. O que me disseram eu faço sempre tudo direito</p> <p>E6 - Sempre, sempre</p> <p>E7 - Posso tirar ali uns escassos minutos para ir a casa de banho... Posso fazer mais mas menos é difícil</p> <p>E8 - Sim, sim</p> <p>E9 - Cumpro, cumpro</p>
Efeitos	Negativos	<p>E2 - Mas ou menos a mesma coisa....</p> <p>E3 - Acho que fiquei pior... Agora sinto-me mais cansado, agora tenho muita falta de ar... quando me levanto é que eu tenho...</p> <p>E8 - É igual, porque eu dormia bem... acordo igual, mas não é por causa da máscara... não senti diferença...</p>
	Positivos	<p>E1 - Ficamos sempre com a respiração melhor, o nariz entupia-se muito e agora não se me entope com aquela coisa do ar...</p> <p>E1 - Ando bem...</p> <p>E2 - Está melhor... Sim, ele até agora estava sempre na cama durante o dia... Agora não. Ele nunca mais foi para a cama de dia [Filha].</p> <p>E4 -... Fico bem, ando bem...</p> <p>E5 - Acordo bem... acordo assim mais aliviado embora assim mais um bocado tonto, mas melhor...</p>

E5-Tinha muita tosse de manhã, e agora essa tosse já não tenho... um bocadinho pouco quase nada e pronto... sinto-me assim melhor mais aliviado um bocado

E5 - ... já consigo andar até mais depressa um bocado.

E5 - eu antes de começar este oxigénio [VNI] doía-me muito a cabeça, sentia assim umas picadelas na cabeça.... e agora melhorou, agora nem uma quarta parte se quer

E6 -... passado um mês ou dois já não me sentia assim tão [cansado] ...

E6 - Acordo sempre bem... Acordo sempre bem, nem me dói a cabeça não me dói nada...

E7 -neste momento ora bom eu estou assim a respirar muito mal e assim que meto aquilo [VNI] começo a sossegar, a sossegar... Depois meto-o, deito-me, Fico ali um bocadinho sentado a relaxar um bocado, depois deito-me começa a acalmar...

E8 - Acordo bem...

E9 - ... quando vejo que estou assim mais aflito e o uso vejo que é benéfico, portanto é porque algum efeito tem ...

E9 - primeiras horas do dia são melhores

Área temática: PRR associado à patologia		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Realizado	Sim	<p>E6 - Não, não... Não aqui nunca teve... (fez em França)</p> <p>E7 - Já fez varias vezes [fisioterapia] ... Andar no tapete, andava de bicicleta, fazia os outros exercícios respiratórios... A respirar, ela ensinava a respirar primeiro, era a primeira coisa... depois os movimentos com a cabeça, com os braços... Ai ela fazia-nos um mês, era um mês de cada vez...</p> <p>E9 - ... fiz uma altura, gostava de fazer fisioterapia respiratória, só que primeiro preciso das credenciais... Uma enfermeira era sempre a mesma, ou então eram duas enfermeiras mas faziam sempre no mínimo um quarto de hora 20 minutos...</p>
	Não	<p>E1 - Não estou a fazer... Nunca fiz</p> <p>E2 - Não... E: E alguma vez fez? U: Não, não.</p> <p>E3 - Não, não faço... E: E nunca fez? U: Não, não.</p> <p>E4 - Não, não, nunca fez.</p> <p>E5 - Não, não, nunca tive nada disso.</p> <p>E8 - Não, não...</p>
Efeitos	Sentidos	<p>E6 - Sentia que fazia falta, que ela o mínimo quando vinha era sempre uma hora passada que estava sempre, a explicar as coisas a respirar fundo como isto aquilo...É, aquilo era importante... não me importava de ir lá [fazer um PRR].</p> <p>E7 - Fico melhor!... Eu gostava muito de fazer!... Sentia-me mais capaz... Faziam-me bem, ... eu gostava muito de ir, que eu cheguei a fazer dois meses seguidos porque lhe pedi,... sentia-me a ficar melhor e pedi... Quando fico mais aflito ensinam a respirar...</p> <p>E9 - ... A libertar a expetoração portanto a forçar os brônquios a mandarem a "lixeira" [expetoração] cá para fora e depois a gente ate se sente bem....</p>
	Esperados	<p>E4 - Ai isso era bom claro... A gente quer sempre o melhor para eles [Filha].</p> <p>E5 - Eu acho que tudo faz jeito, tudo faz falta ... Eu acho que se é para curar é uma mais-valia, eu acho que é, é tudo mais-valia pois... já por isso essas coisas existem.</p> <p>E8 - Eu acho que não [sobre os benefícios dos PRR] ...</p>